

«Vi er også på jobb når vi ikke er på jobb»

En kvalitativ studie av unge sykepleieres og  
helsefagarbeideres hverdag under koronapandemien.

Steffen André Vatland



Masteroppgave

Våren 2021

Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

## **Førord**

Med denne oppgaven er 5 år med studier på Universitetet i Bergen over. Til tross for at arbeidet med oppgaven har vært tidvis krevende på grunn av den pågående koronapandemien, sitter jeg stolt igjen med en masteroppgave.

Først og fremst vil jeg takke alle helsefagarbeidere, sykepleiere, helsefagarbeiderlæringer og sykepleierstudenter som deltok i denne studien. Uten dere hadde ikke dette prosjektet blitt til! Takk for at dere viste meg tillit og ga meg innsikt i deres hverdag.

Jeg vil også takke veilederen min Karen Christensen for gode innspill, engasjement og for konstruktiv kritikk. Du har også støttet meg i mine vurderinger og refleksjoner, slik at jeg føler at jeg sitter igjen med noe jeg selv står inne for.

I tillegg vil jeg takke familie og nære for all støtte. Takk til mine foreldre og bonusforeldre for økonomisk og moralsk støtte, og til min søster for gode (stort sett) faglige samtaler.

Takk til min samboer Tonje for at du har vært støttende, positiv, og gjort arbeidet med denne studien lettere ved at du har oppmuntret og motivert meg.

Sist men ikke minst vil jeg takke mine medstudenter og gode venner på Sofie Lindstrøms hus. Det har ikke vært enkelt å skrive masteroppgave under pandemien, men det gode fellesskapet og samholdet har vært en stor motivasjon til å møte opp på lesesalen og arbeide med oppgaven hver dag.

Bergen, 30. juni 2021

Steffen André Vatland

## Sammendrag

Denne studien tar for seg hverdagen til unge helsefagarbeidere og sykepleiere ansatt i hjemmebaserte omsorgstjenester under koronapandemien, hvor formålet har vært å undersøke hvordan de selv har opplevd endringer i det lønnede arbeidet og på fritiden. Studien er basert på 13 dybdeintervjuer av sykepleiere og helsefagarbeidere, hvorav noen besatt lederstillinger og noen var under utdanning. Empirien tilsier at informantene har opplevd et indre press for hvordan de skal oppføre seg på fritiden, og at de tar valg på fritiden med direkte hensyn til det lønnede arbeidet. Denne studien tilfører en ny forståelse av hvordan det lønnede arbeidet og fritiden sammenfaller under en krisesituasjon. Studien er inndelt i to analysekapitler, hvor jeg i det første ser nærmere på arbeidshverdagen under pandemien, og i det andre på fritiden.

I det første analysekapittelet ser jeg på hvordan arbeidshverdagen har blitt endret under pandemien, med fokus også på nye utfordringer. Empirien tilsier at de ansattes prioriteringer på fritiden har hatt en funksjon som opprettholder av tjenestene, og at de på denne måten blir en hjørnestein i opprettholdelsen av disse under pandemien.

I andre analysekapittel ser jeg nærmere på hvordan fritiden har blitt endret under pandemien. Gjennom det empirinære arbeidet, og med inspirasjon fra Grounded Theory (Glaser og Strauss, 1967) introduserer jeg en ny *selvoppofrende rolle* for de ansatte i hjemmebaserte tjenester under koronapandemien, hvor jeg betegner handlingskomponenten «å isolere seg» som *selvdisiplinering gjennom subjektiv ansvarliggjøring*. For å opprettholde bildet av seg selv som selvoppofrende, viser empirien at de ansatte skjuler sin fritid, noe jeg kaller for *skjult fritid*. For sykepleierstudenten i utvalget oppstår det også et nytt dilemma under pandemien, da det tilsynelatende er vanskelig å kombinere rollene som student, praksisstudent og deltidsarbeidende i forhold til restriksjoner og forventninger.

Avslutningsvis diskuterer jeg hvordan isoleringen kan sees på som en omsorgshandling, før jeg peker på et endret og utvidet rollesett for helsepersonell i hjemmetjenestene under koronapandemien.

Antall ord i hovedteksten: 35 200

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>5</b>
1.1. Korona-pandemien .....	5
1.2. Problemstilling .....	6
1.3. Omsorgsforskning .....	10
1.4. Oppgavens oppbygning .....	11
<b>2. Bakgrunn og kontekst</b> .....	<b>13</b>
2.1. Yrkes- og utdanningsbeskrivelse.....	13
2.2. Omsorgsarbeidets velferdspolitiske grunnlag, styringsprinsipper og autonomi .....	15
2.3. Hjemmebaserte omsorgstjenester: bakgrunn og tilstand.....	17
2.4. Fremtidens utsikter: mangelen på helsefagarbeidere og sykepleiere .....	20
<b>3. Metode</b> .....	<b>22</b>
3.1. Utvalg og rekruttering .....	22
3.1.1. <i>Tabell over utvalget</i> .....	24
3.2. Det kvalitative forskningsintervjuet .....	24
3.3. Analysen av datamaterialet .....	26
3.4. Etske refleksjoner .....	29
<b>4. Teoretiske refleksjoner</b> .....	<b>31</b>
4.1. Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet .....	31
4.1.1. <i>Andre-orientering</i> .....	34
4.1.2. <i>Altruisme</i> .....	35
4.2. Symbolsk interaksjonisme.....	35
4.2.1. <i>Oppgavens rolleforståelse</i> .....	37
<b>5. En ny arbeidshverdag</b> .....	<b>39</b>
5.1. «Vi har driftet utrolig bra» .....	39
5.2. Hvem er disse ansatte som holder hjulene i gang?.....	42
5.3. Arbeidshverdagen etter koronapandemien .....	48
5.3.1. <i>Kategorisering</i> .....	48
5.3.2. <i>Smittevern – en tidstyv?</i> .....	50
5.3.3. <i>Den utrygge pasienten</i> .....	53
5.4. En uforutsigbar hverdag .....	54
5.4.1. <i>Den vanskelige pasienten</i> .....	54
5.4.2. <i>Den vanskelige 1-meteren</i> .....	56
<b>6. Å ofre seg selv</b> .....	<b>58</b>
6.1. Jobb – hjem – jobb: en fritid i isolasjon .....	58

6.2.	Smittefrykten som forklaring .....	60
6.2.1.	<i>Jobb versus fritid</i> .....	61
6.2.2.	<i>«Ikke så farlig for meg»</i> .....	62
6.2.3.	<i>Den dødelige pasienten</i> .....	63
6.2.4.	<i>Uskyldige kollegaer</i> .....	63
6.3.	Hvorfor isolerer de seg? .....	64
6.3.1.	<i>Ansvarliggjøring gjennom subjektive følelser</i> .....	68
6.3.2.	<i>Ansvarliggjøring gjennom omgivelsenes direkte og indirekte press</i> .....	70
6.3.3.	<i>Ansvarliggjøring gjennom yrket</i> .....	72
6.4.	Implikasjoner av den selvoppofrende rollen .....	74
6.4.1.	<i>Skjult fritid</i> .....	74
6.4.2.	<i>Endrede relasjoner</i> .....	77
6.5.	Studentens dilemma .....	81
6.5.1.	<i>Rollekonflikt</i> .....	82
6.5.2.	<i>En usynlig hierarkisk orden</i> .....	83
<b>7.</b>	<b>Avsluttende diskusjon</b> .....	<b>88</b>
7.1.	Isolering, en omsorgshandling?.....	88
7.2.	Et endret og utvidet rollesett for helsepersonell i hjemmetjenestene .....	89
7.3.	Veien videre .....	91
<b>8.</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>92</b>
<b>Vedlegg 1</b>	.....	<b>102</b>
<b>Vedlegg 2</b>	.....	<b>105</b>
<b>Vedlegg 3</b>	.....	<b>107</b>

# 1. Introduksjon

## 1.1. Korona-pandemien

Våren 2020 ble verden rammet av koronavirus-pandemien, også omtalt som Covid-19 pandemien<sup>1</sup>. Utbruddet ble først koblet til Kina, hvor det første dødsfallet tilknyttet sykdommen ble registrert i januar 2020. I løpet av samme måned ble det rapportert om smitte i flere land verden over, og i februar 2020 ble det første smittetilfellet i Norge påvist. Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte sykdommen som en pandemi 11. mars 2020, etter at antallet smittede hadde passert over 100 000 fire dager tidligere. I Norge ble det første dødsfallet knyttet til Covid-19 rapportert 12. mars 2020 (Tjernshaugen m.fl., 2021). WHO (2021) har daglig publisert oppdatert oversikt over antall smittede og døde på verdensbasis, og den 26. mai 2021 var det registrert over 167 millioner bekreftede smittetilfeller, og nesten 3,5 millioner bekreftede dødsfall.

Den 12. mars 2020 innkalte regjeringen i Norge til pressekonferanse hvor de innførte de mest omfattende tiltakene i fredstid, og budskapet under pressekonferansen var klart og tydelig; koronaviruset er så smittomt at vi ikke kan ta på hverandre, men vi må ta vare på hverandre. Regjeringen vedtok å stenge alt i fra barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner til treningssentre, restauranter og arrangementer. Folk ble bedt om å jobbe fra hjemmekontor, unngå kollektivtransport, og unngå sosial (nær)kontakt med andre. Den store innvirkningen tiltakene ville ha på befolkningens hverdagsliv og personlige fritid ble i stor grad anerkjent, men viktigheten av å være restriktiv i starten ble tydelig fremhevet for å kunne gi lempelser senere. Det hele ble omtalt som en stor dugnad, hvor det var viktig å delta i dugnaden i solidaritet med de eldre og de sårbare, ettersom flere i Norge ville dø av sykdommen. Videre ble kapasitetsutfordringen i helsevesenet fremhevet. Det ble fremhevet at planlagte operasjoner ville bli utsatt, og det ble innført streng besøkskontroll ved flere av landets helseinstitusjoner. Helsepersonell med pasientkontakt fikk forbud mot å reise til utlandet. Til tross for at barnehager ble stengt, ville de med barn i helseyrker få et omsorgstilbud, og kollektivtransporten ville bli opprettholdt for de med samfunnskritiske yrker. Liste over kritiske samfunnsfunksjoner ble fastsatt 16. mars 2020, og ble utarbeidet i forbindelse med stengte barnehager og skoler, for at de med kritiske samfunnsfunksjoner skulle ha tilbud om

---

<sup>1</sup> Koronaviruset er en virustype som smitter via dråpesmitte, luftbåren smitte og kontaktsmitte, og gir luftveisinfeksjon. Virus heter sars-CoV-2 og gir sykdommen covid-19 (Klein, Dalgard og Jensen, 2020).

barnehage- og skoleplass. Hjemmetjenesten, som er en del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og som er i fokus i denne oppgaven, ble som virksomhet sammen med deres ansatte inkludert i denne listen og regnes som samfunnskritisk. Utfordringene som ventet de ansatte i helsevesenet, ble omtalt som den største utfordringen de noen gang har møtt (Helsedirektoratet, 2020; Regjeringen, 2020a; 2020b).

I de påfølgende månedene og til avslutningen av dette prosjektet i juni 2021, har nye tiltak og anbefalinger i varierende omfang blitt presentert. Variasjonene baserer seg på ulike tiltaksnivå<sup>2</sup>, og innføres lokalt, regionalt eller nasjonalt basert på smittetrykket. Regjeringen gir anbefalinger om hvor det skal innføres tiltak, og på hvilket nivå tiltakene skal ligge på. De ulike tiltaksnivåene gir påbud og anbefalinger knyttet til alt i fra bruk av munnbind og 1- til 2-meters avstand, til stenging av bransjer og institusjoner (Regjeringen, 2021a). Tiltakene har vært forskriftsfestet i Covid-19-forskriften (med ikrafttredelse 27. mars 2020), hvor forskriftens formål (2020, §1) for det første er å fastsette tiltak for å hindre og begrense spredning av koronaviruset blant befolkningen og helsepersonell, og for det andre å sikre kapasitet og opprettholdelse av helse- og omsorgstjenesten, slik at de er i stand til å både håndtere smittesituasjonen og ivareta de ordinære tjenestene. Det ble også innført spesielle restriksjoner for helsepersonell. Utreiseforbudet for helsepersonell ble forskriftsfestet i den opprinnelige forskriften (2020, §17), og eventuelle brudd på bestemmelsene i forskriften kunne straffes med bøter eller fengsel (2020, §18). For å bedre håndtere korona-pandemien, og blant annet sikre opprettholdelsen av flere samfunnskritiske funksjoner, inngikk en rekke organisasjoner på oppfordring fra regjeringen avtaler om ekstraordinære arbeidstidsbestemmelser (Regjeringen, 2020c). Norsk Sykepleierforbund og Arbeidsgiverforeningen Spekter inngikk i mars 2020 en slik avtale, som åpnet for blant annet å innskrenke hviletiden fra 11 timer til 8 timer (Spekter, 2020).

## 1.2. Problemstilling

Hverdagen endret seg brått for de fleste etter at pandemien brøt ut. Hjemmekontor ble for mange den nye hverdagen, med unntak av blant annet de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten omfatter helsetjenester i hjemmet, institusjonstjenester og helsestasjons- og skolehelsetjeneste (Skjøstad m.fl., 2019, s.

---

<sup>2</sup> Tiltaksnivå A (strengeste tiltak), B og C (minst strenge tiltak).

11)<sup>3</sup>. Helsetjenester i hjemmet erstatter den tidligere betegnelsen «hjemmesykepleien» fordi det i dag er flere profesjoner som drar hjem til brukerne, selv om hjemmesykepleien fortsatt anvendes (Aagestad, Schanche og Moland, 2021). I Norge er det kommunene selv som har ansvar for å tilby personer i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester, og disse er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (med ikrafttredelse 1. januar 2012). Et viktig prinsipp i velferdsstaten er at alle skal ha lik og rett tilgang til helse- og omsorgstjenester. Dette prinsippet utfordres når ressursene blir knappe. Kommunene har lenge vært presset på ressurser, særlig etter at de i de siste årene har fått overført flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Under pandemien har belastningen blitt ytterligere forsterket grunnet redusert sengekapasitet på sykehusene som følge av koronapandemien, og det har vært tegn til at pasienter har fått redusert tilbud og risiko for forverret helsetilstand (Heggstad m.fl., 2020). Helsetilsynet (2020) gjennomførte i juni 2020 en kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene, hvor flere kommuner meldte at de ikke var forberedt på en pandemi, og at pandemien hadde medført endring i organisering samt større fokus på smittevern. Flere kommuner hadde også bedt de ansatte om å være forsiktige på fritiden. Forskning viser at sykepleiere har opplevd økning i arbeidsbelastning etter pandemien, samt store begrensninger i familieliv og privatliv, og at de selv har valgt å ta fysisk avstand fra familie og venner (Melby m.fl., 2020; Næss og Tønnesen, 2020).

Med bakgrunn i min faglige interesse for omsorg og omsorgsarbeid var jeg tidlig interessert i hvordan helsepersonell opplevde både arbeidshverdagen og fritiden under pandemien. Jeg var også tidlig inspirert av den feministiske omsorgsforskningen, og ønsket å gjennomføre en eksplorerende studie av hvordan de ansatte opplevde hverdagen. Jeg tilnærmet meg feltet med stor åpenhet for hva jeg ville finne, og utformingen av prosjektet baserte seg på nysgjerrighet og noen tidligere ideer knyttet til temaet. Valget om å fokusere på unge sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmebaserte tjenester ble gjort av tre grunner. For det første er det de to største yrkesgruppene innen hjemmetjenesten, hvor de i yrkesutøvelsen kommer i situasjoner med kroppslig kontakt med de hjemmeboende brukerne. For det andre drar disse yrkesgruppene hjem til brukerne i deres private hjem, hvor de ansatte i mindre grad vil kunne kontrollere smitterisikoen. For det tredje viser forskning at unge sykepleiere under 30 år er særlig utsatte, og i større grad har opplevd å bli påvirket negativt etter koronapandemien (Melby m.fl., 2020).

---

<sup>3</sup> I tillegg inngår også private virksomheter som leverer tjenester på vegne av kommunen.



Utformingen av problemstillingen har vært en kontinuerlig prosess, og har blitt endret flere ganger i tråd med prosjektets empiri. Jeg har gjennom hele prosessen vært særlig opptatt av hvordan de ansatte har håndtert hverdagen under pandemien, og hvordan de har forholdt seg til arbeidet innenfor en kontekst med strenge smitteverntiltak. Empirien i denne studien tilsier at informantene har tatt valg på fritiden med direkte referanse til lønnsarbeidet under pandemien, og har vært viktig for utformingen av den overordnede problemstilling:

*Hvilke rolleendringer knytter seg til unge sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmebaserte tjenester under koronapandemien, og hva er implikasjonene for forholdet mellom det lønnede arbeidet og fritiden for de ansatte?*

For å svare på problemstillingen opererer jeg med følgende arbeidsspørsmål:

- *Hvordan har hverdagen blitt endret for unge sykepleiere og helsefagarbeidere, og hvordan opplever de disse endringene?*
- *Hva kjennetegner de individuelle tiltakene unge sykepleiere og helsefagarbeidere iverksetter på fritiden, hvorfor iverksettes de, og hvilke konsekvenser har de?*
- *Hvordan oppleves hverdagen under pandemien for de under utdanning?*
- *Hvilke konflikter opplever de unge sykepleierne og helsefagarbeiderne i deres nye roller?*

For å nærmere forstå hvordan hverdagen til de ansatte har blitt endret og hvordan de har opplevd endringene, utførte jeg intervjuer av ansatte i hjemmetjenesten, hvor jeg hadde fokus på både hverdagen i det lønnede arbeidet og fritiden. Utgangspunktet var å behandle det lønnede arbeidet og fritiden separat, ettersom jeg startet med en antakelse om at de ansatte ville forholde seg til de gjeldende tiltakene for kommunen på fritiden, og at endringer på arbeidsplassen, som for eksempel den kroppslige kontakten med brukerne sammen med smittevern, ikke ville ha særlig innflytelse på fritiden. Gjennom analysearbeidet av empirien oppdaget jeg imidlertid at endringene på fritiden i stor grad skyldtes at informantene isolerte seg frivillig med hensyn til arbeidet – og ikke på bakgrunn av kommunens generelle tiltak. Disse endringene gjelder ikke bare hvem og hvor mange de omgås med, men også at denne nye hverdagen innebærer et endret handlingsmønster på fritiden i sin helhet. Ettersom valgene i stor grad ble gjort med hensyn til arbeidet, ble det derfor aktuelt å se nærmere på hvordan

forholdene i det lønnede arbeidet og på arbeidsplassen setter rammer for, og influerer fritiden, men også hvordan fritiden hadde innvirkning på det lønnede arbeidet.

Med en tilnærming inspirert av Grounded Theory (Glaser og Strauss, 1967), introduserer jeg en ny rolle for den ansatte i skjæringspunktet mellom fritiden og det lønnede arbeidet, som jeg kaller en *selvoppofrende rolle*. At rollen plasseres i skjæringspunktet, baserer seg på at den både er en del av, og blir påvirket av, både det lønnede arbeidet og fritiden. Prinsippene i Grounded Theory har gjort det mulig å generere begreper ut ifra empirien, og med inspirasjon fra begreper fra symbolsk interaksjonisme og tidligere omsorgsforskning, viser jeg hvordan den *selvoppofrende rollen* utvikles for å møte kravene og forventningene fra den ansatte selv, omgivelsene og yrket. Samtidig fungerer rollen også som en normsender for hvordan de i relasjon til rollen forventes å handle, og jeg argumenterer for at det lønnede arbeidet i prinsippet koloniserer deler av privatlivet som ellers er forbeholdt andre roller, og at den selvoppofrende rollen ikke harmonerer med rollene på fritiden. Rollen har også en funksjon som opprettholder av de ulike rollene på arbeidsplassen, og jeg argumenterer derfor for at rollen utgjør en hjørnestein i opprettholdelsen av driften av hjemmebaserte tjenester under koronapandemien.

Ved å fremheve de ansattes stemmer, kan denne studien bidra til å gi nærmere innsikt i hvordan de ansatte i hjemmebaserte tjenester forholder seg til arbeidet, og hvordan strukturelle begrensninger og muligheter både muliggjør og begrenser omsorgsarbeidet som utføres i den hjemmebaserte omsorgen. Å få kunnskap om disse yrkesgruppene er viktig ettersom den demografiske utviklingen vil medføre større etterspørsel i årene som kommer. Framskrivninger frem mot 2035 viser en tydelig underdekning av både sykepleiere og helsefagarbeidere, i tillegg til at svært få sykepleiere har hjemmetjenesten som førsteprioritet (Hjemås m.fl., 2019; Gautun, 2020). Gautun (2020) peker på at sykepleierstudenter kan oppfatte hjemmetjenesten som mindre attraktiv på bakgrunn av erfaringer de gjør seg under praksisperioden. Hvordan koronapandemien vil ha innvirkning på studievalg og rekrutteringen til hjemmetjenestene er vanskelig å forutse, og ettervirkningene vet vi enda ikke innholdet av. I møtet med en aldrende befolkning er det viktig å sette omsorgsarbeidet på dagsorden. Mitt bidrag synliggjør endringene en krisesituasjon igangsetter for omsorgsgiverne, her under en pandemi. Jeg skriver meg i dette prosjektet inn i det feministisk inspirerte forskningsfeltet og har fokus på hvordan unge sykepleiere og helsefagarbeidere har opplevd hverdagen under koronapandemien.

### 1.3. Omsorgsforskning

Omsorgsforskningen er preget av flere ulike perspektiver og av tverrfaglighet, og som et felt er ikke omsorgsforskning entydig avgrenset. Omsorgsstudier tar for seg omsorgsarbeid, omsorgens vilkår og konsekvenser, og omsorgens ontologiske grunnlag. I samfunnsvitenskapelig kontekst kan omsorgsforskning forstås som studier med formål å forstå feltet og dets endringer i sin samfunnsmessige og sosiale kontekst, og er både empirisk og teoretisk rettet. Omsorgsforskningen dekker flere arenaer for omsorgsarbeid, som for eksempel kommunale tjenester, hvor sykehjem og hjemmetjenester er de største tjenestene, andre offentlige arenaer slik som sykehus, men også av private, både kommersielle og ideelle aktører. Ulike deltema kan variere fra å omhandle statlige og kommunale kostnader, tjenestenes organisering, samarbeid, ansattes og mottakeres erfaringer, utvikling og endringer. I tillegg til disse har også den ubetalte og uformelle omsorgen utført av familie, frivillige og pårørende en viktig plass i omsorgsforskningen. Til tross for at forskningsfeltet ikke er entydig avgrenset, er de norske omsorgsforskningssentrene klart inspirert av Kari Wærness' begrep om omsorgsarbeid, som jeg kommer tilbake til senere. Wærness sitt feministiske perspektiv har fått stor innflytelse internasjonalt, og har vært viktig for den feministisk inspirerte omsorgsforskningen (Førland, Alsvåg og Tranvåg, 2018).

Til tross for at den feministiske omsorgsforskningen har et betydelig omfang, har den ikke fått noe gjennomslagskraft i forhold til hvordan tjenestene organiseres. Lenge før utviklingen av den feministiske forskningen, var omsorg blitt definert som en aktivitet og for ulike typer virksomhet i velferdsstaten. Feministiske omsorgsforskere formulerte perspektiver som gikk imot de etablerte, økonomiske perspektivene på omsorg. De feministiske perspektivene er mer opptatt av hvordan omsorgen oppleves, og baserer forskningen blant annet på omsorgshandlinger og hvordan omsorgsgivere tenker, samt den samfunnsmessige konteksten for dette. Innen denne forskningstradisjonen er det særlig fokus på hva omsorg er, og hva det betyr for både dem som gir og mottar, og deres interaksjoner og relasjoner. Feministiske omsorgsforskere har vært kritiske til de etablerte planleggingsperspektivene fordi de ikke baserer seg på en helhetlig forståelse av omsorg, og derfor foreslår tiltak og reformer som forverrer situasjonen til omsorgsgivere og mottakere (Wærness 2001; 2005).

Tidlig på 1980-tallet utviklet det seg to omsorgsforskningstradisjoner, en anglosaksisk og en skandinavisk. Den skandinaviske omsorgsforskningen inkluderte fra starten både lønnet og

ulønnet omsorgsarbeid, omsorgsgivere og mottakere, og tok for seg omsorg både som arbeid og følelser. Siden starten har den skandinaviske omsorgsforskning vært opptatt av og rettet mot de strukturelle betingelsene for arbeidet, og har vært opptatt av å forstå hvordan omsorgen endrer seg og begrepsfeste den. I den anglosaksiske tradisjonen var fokuset rettet mot kvinners ulønnede arbeid i hjemmet, og teoriene tok for seg uformelle omsorgsgivere og la vekt på omsorg som følelser eller som arbeid (Wærness, 2001; 2005; Næss, 2005, s. 14-16). De to retningene har etter hvert nærmet seg hverandre, og i dag kan vi peke på tre utviklingslinjer i forståelsen av omsorg; (1) fra å forstå det som enten følelser eller arbeid til å gjelde både/og intellektuelt arbeid, (2) fra familien gjennom kvinners ulønnede arbeid i det offentlige, til staten som enten en ambivalent og/eller kvinnevennlig service-stat, eller (3) fra et fokus på kvinner som omsorgsgivere, til et perspektiv som også inkluderer de som mottar omsorg (Wærness, 2001, s. 267).

#### 1.4. Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 redegjør jeg for konteksten til omsorgsfeltet jeg har beveget meg inn i ved å presentere yrkesgruppene, omsorgsarbeidets grunnlag, organiseringen av hjemmetjenestene og fremtidens utfordringer.

I kapittel 3 går jeg inn på oppgavens metodiske tilnærming, og gir oversikt over utvalgsprosessen, intervjuprosessen og etiske refleksjoner. Jeg går også nærmere inn på oppgavens metodologiske rammeverk inspirert av Grounded Theory, som har dannet et grunnlag for å analysere prosjektets empiri.

Før jeg går inn på prosjektets empiri, vil jeg i kapittel 4 presentere mine teoretiske refleksjoner, hvor jeg først presenterer min forståelse av begrepene omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet. Jeg kaller kapittelet for teoretiske refleksjoner, ettersom jeg gjennom min metodologiske tilnærming ikke baserer prosjektet på et teoretisk rammeverk, men heller perspektiverer min analyse ved å hente begreper fra symbolsk interaksjonisme.

Kapittel 5 tar for seg hvordan informantene har opplevd hverdagen etter pandemien, og hvilke utfordringer de har møtt i arbeidshverdagen. For å forstå motivasjonen bak deres handlinger, fremhever jeg de ansattes orientering til arbeidet. I dette kapittelet argumenter jeg for at de

ansatte har en funksjon som opprettholder av tjenestene, men at handlingsrommet i tjenesteutøvelsen samtidig har blitt begrenset etter pandemien.

I kapittel 6 fokuserer jeg på endringer på fritiden. Gjennom empirien fremkommer det at de ansatte isolerer seg på fritiden, og jeg ser nærmere på bakgrunnen for valget i dette kapitlet. Jeg introduserer her den *selvoppofrende rolle*, og viser hvordan valget om å isolere seg oppstår på grunn av en sterk indre styring med referanse til subjektive følelser, omgivelsene og yrkesforventninger. Jeg omtaler handlingen som *selv-disiplinering gjennom subjektiv ansvarliggjøring*. Dette har bakgrunn i det empiriske funnet av at de føler ansvar. Analysen viser også at informantene har en tydelig oppfatning av at smitterisikoen er størst på fritiden, hvor det framgår tydelige forskjeller i hvordan de tenker om seg selv, kollegaer og pasienter i forbindelse med smitte. Jeg introduserer også begrepet *skjult fritid*, som handler om å bevisst holde tilbake informasjon om handlinger som kan sees på som et normbrudd for den *selvoppofrende rolle*. Gjennom *skjult fritid* opprettholder de bildet av seg selv som oppofrende. Avslutningsvis i kapitlet viser jeg hvordan sykepleierstudenten i utvalget havner i et dilemma ved at hun som innehaver av flere roller må risikere å enten ikke få godkjent praksis, eller potensielt utsette pasienter for smitte. Pandemien tydeliggjør også en usynlig hierarkisk orden blant helsefagarbeiderlærlingene og sykepleierstudenten i utvalget basert på tilhørighet og tillit.

I den avsluttende diskusjonen i kapittel 7 diskuterer jeg isoleringen som en omsorgshandling som er altruistisk motivert. Jeg peker også på et endret og utvidet rollesett, ved å diskutere hvordan de ulike rollene i det lønnete arbeidet og på fritiden har endret seg under pandemien, og hvordan en ny rolle potensielt kan føre til rollekonflikt.

## 2. Bakgrunn og kontekst

For å kunne forstå hvordan arbeidshverdagen oppleves for de ansatte, er det viktig å sette arbeidet i en kontekst, og gi innsikt i yrkesgruppene og innholdet i arbeidet. Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for omsorgsfeltet, hvor jeg først vil gjøre rede for yrkesgruppene. Deretter vil jeg ta for meg helse- og omsorgstjenestenes velferdspolitiske grunnlag, og hvordan økonomiske styringsprinsipper har endret forutsetningene for tjenesteutøvelse og organisering av tjenestene. For å kunne belyse endringer i tjenestene etter pandemien, og hvordan arbeidsmengden har blitt endret, er det viktig å forstå hva som kjennetegner tjenestene, og hvordan de påvirkes av, og har blitt påvirket av styringsprinsipper og ulike reformer.

### 2.1. Yrkes- og utdanningsbeskrivelse

Sykepleiere og helsefagarbeidere utgjør de to største gruppene av helsepersonell, hvor tilnærmet 39 prosent av alle sykepleiere, og 70 prosent av alle helsefagarbeidere, jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Hjemås m.fl., 2019, s. 56; Beyrer m.fl., 2019; Skjøstad m.fl., 2019). Både som sykepleier og helsefagarbeider jobber man med mennesker, og kan arbeide flere steder innen helsesektoren. Vanlige arbeidsoppgaver for en sykepleier kan beskrives som å gi omsorg, behandle sykdom, bedrive helsefremmende og forebyggende arbeid, samt rehabilitering. Helsefagarbeiderne sine arbeidsoppgaver kan på sin side være å gi omsorg, utføre grunnleggende sykepleie, ta vare på pasientens grunnleggende behov, som for eksempel å assistere med hygiene, trening og tilberede mat, og miljøarbeid. Det er sykepleiere som har hovedansvaret innenfor den kommunale helsetjenesten og som leder hjemmesykepleien og sykehjemmene (Utdanning.no, 2021a; 2021b)<sup>4</sup>.

For å bli sykepleier må man gå 3-årig universitetsutdanning. Det er fastsatt en rammeplan av Kunnskapsdepartementet for å sikre et nasjonalt likeverdig nivå. I rammeplanen for sykepleierutdanningen fremheves det at det gjennom sykepleierutdanningen skal utdannes selvstendige, ansvarsbevisste og endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere, som har en reflektert og bevisst holdning i sykepleieutøvelsen. Videre skal grunnlaget for all sykepleie

---

<sup>4</sup> Nettsiden utdanning.no kvalitetssikres regelmessig, sist av henholdsvis Fagforbundet, Yrkesseksjon for helse og sosial, og Norsk Sykepleierforbund.

være respekt for menneskelig liv og basere seg på omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleiere skal ha handlingskompetanse til å vedkjenne og erkjenne både et faglig og et personlig ansvar for egne vurderinger, og skal opptre på en måte som styrker profesjonens tillit (Kunnskapsdepartementet, 2008; Norges sykepleierforbund, u.å.). Sykepleiere kan også ta videreutdanning og spesialisere seg innen ulike retninger, hvor de vanligste videreutdanningene er anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleier. For å kunne ta videreutdanning kreves det fullført grunnutdanning, sykepleierautorisasjon og ofte et par års praksis som utøvende sykepleier (Skjørstad m.fl., 2019, s. 17).

Helsefagarbeiderutdanningen er relativt ny, og ble slått sammen av de tidligere hjelpepleier- og omsorgsarbeidsutdanningene i 2006. Sammenslåingen kom etter ønske fra utdannings- og sosial- og helsemyndighetene, for å blant annet skape tydeligere yrkesprofiler innenfor pleie og omsorg (Høst, 2007, s. 213). For å bli helsefagarbeider går man yrkesfaglig videregående skole, hvor man normalt går to år på skole og to år i lære, og følger læreplanen for helsefagarbeiderutdanningen som ble fastsatt som forskrift i 2016. Utdanningen skal utdanne helsefagarbeidere som møter pasienter, brukere og pårørende på en profesjonell måte, og bidra i ivaretagelsen av samfunnets behov for helse- og omsorgstjenester. Helsefagarbeideren skal også delta i folkehelsearbeidet ved å blant annet forebygge ensomhet og legge til rette for et mer aktivt liv. Kompetansemålene i utdanningen baserer seg på helsefremmende arbeid, kommunikasjon og samhandling, og yrkesutøvelse. Ved utdanningens avslutning går eleven opp til fagprøve som normalt gjennomføres innen en tidsramme på 5 dager (Utdanningsdirektoratet, 2016). I tillegg til den videregående opplæringen er det mulig for voksne med arbeidserfaring å bli helsefagarbeider gjennom enten ordinær lærlingeordning, praksiskandidatordningen eller fagbrev på jobb. Lærlingeordningen tilsvarer to år på skole og to år i lære. Praksiskandidatordningen, som har vært hovedordningen for voksne, krever 5 års heltidsekvivalent yrkeserfaring. Den krever altså ikke skole for å gå opp til svenneprøve. Den siste ordningen, fagbrev på jobb, er en nyere ordning som ble etablert i 2018, og er opplæring og kompetansevurdering på jobb (Beyrer m.fl., 2019, s. 11). Det finnes altså ulike veier inn til yrket, som også tar hensyn til praksiserfaringer.

## 2.2. Omsorgsarbeidets velferdspolitiske grunnlag, styringsprinsipper og autonomi

For å forstå hvordan sykepleiere og helsefagarbeidere opplever arbeidshverdagen er det viktig å ha innsikt i de strukturelle kreftene som har innvirkning på det lønnede arbeidet. Det er derfor viktig å kontekstualisere arbeidet i dets velferdspolitiske grunnlag, med henblikk på hvordan nye ledelsesprinsipper utfordrer den ansattes autonome rolle i yrkesutøvelsen.

Den nordiske modellen for hjemmetjenester er bygget på et husmorsideal, og historisk sett har omsorgen blitt tatt hånd om i den private sfæren og av kvinner. Betingelsene har vært bestemt av mannen, og familien var avhengig av mannens inntekt. Etter industrialiseringen ble familien den viktigste enheten for reproduksjon og omsorg, og fram til 1950-tallet var hjemmearbeid en stor del av kvinners liv (Christensen og Wærness, 2018, s. 18; Wærness, 2010, s. 129). Wærness (1978) har blant annet beskrevet det usynlige omsorgsarbeidet utført i hjemmet som den usynlige velferdsstaten. Velferdsstaten fremvekst endret imidlertid betingelsene for omsorgsarbeidet, som i større grad har blitt et offentlig anliggende. Med dette endret kvinners rolle seg ved å bli ansatt i lønnet arbeid for å utføre omsorgsarbeid, og å kunne velge andre veier og delta i utformingen av velferdsstaten. Kvinners endrede roller over tid har vært viktig i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Blant annet henger økt yrkesdeltakelse blant kvinner sammen med den raske veksten i velferdstjenestene (Næss, 2005, s. 12-13; Christensen og Wærness, 2018, s. 16). Den norske velferdsstaten fører i dag en dobbel likestillingsmodell, hvor målet er en to-inntekts og to-omsorgs-modell<sup>5</sup> (Aarseth, 2011, s. 24).

Et viktig trekk ved den nordiske, sosialdemokratiske velferdsstaten, er dens fokus på likeverd, og at den er kjennetegnet av universalisme og høy grad av dekommodifisering, som vil si at tjenester gis som rettigheter, uavhengig av markedet (Esping-Andersen, 1990; Eriksen og Dahl, 2005, s. 7). Dette betyr at staten tar ansvar for blant annet utdanning og helse- og omsorgstjenester, med det formål å tilby befolkningen likeverdige muligheter. Særlig den norske velferdsstaten er kjent for sin generøse modell, noe som kan forklares med finansieringen i eldreomsorgen, hvor 90 prosent dekkes av det offentlige (Christensen og

---

<sup>5</sup> Innebærer økt mannlig deltagelse i familieomsorgen som kompensasjon for kvinners økte deltagelse i arbeidslivet (Aarseth, 2011).



Wærness, 2018, s. 15). Velferdspolitikken definerer hva det offentlige skal ta ansvar for, og i all hovedsak skal velferdspolitikken skape trygghet for befolkningen ved å tilby tjenester gjennom livsløpet, og sikre at de som ikke kan forsørge seg selv får hjelp - og på denne måten skape rammer for et godt liv. Men til tross for at det offentlige har tatt på seg mye av ansvaret for å tilby ulike tjenester, beveger Norge seg bort fra sitt grunnleggende samfunnsansvar for å dekke de eldres behov, og en stigende andel av det uformelle omsorgsarbeidet skjer utenfor det offentlige (Næss, 2005, s. 12-13; Dølvik m.fl., 2014; Christensen og Wærness, 2018).

Et sentralt spørsmål knyttet til omsorgstjenestene har vært hvordan tjenestene skal skaffe seg tilstrekkelig kapasitet til å gjøre det de skal (Næss, 2005, s. 14). I løpet av 1980- og 1990-tallet gjennomgikk de nordiske velferdsstatene økonomiske utfordringer, hvor løsningen ble inspirert av New Public Management (NPM). NPM kan kort defineres som prinsipper og metoder for styring og organisering av offentlig virksomhet med utgangspunkt i markedet (Eriksen og Dahl, 2005, s. 8; Hansen, 2018). Tanken i NPM er at man vil få økt produktivitet, kvalitet og større grad av brukerorientering ved bruk av markedslogikk, konkurransetsetting og kontraktbasert styring. For eksempel innførte flere kommuner bestiller-utfører-modellen på 1990-tallet, som er en NPM-inspirert organisasjonsform som går ut på at bestillingen av tjenestene baserer seg på en vurdering av behovet, adskilt fra selve tjenesteutøvelsen. Slike vedtak inneholder for eksempel tilmålt tid for utførelsen av en tjeneste. Denne organiseringen har medført begrepene «minuttyranni» og «stoppeklokkeomsorg» om hjemmesykepleien (Christensen, 2018, s. 91; Holm og Wiik, 2020, s. 20).

I forbindelse med spørsmålet om hvordan tjenestene skal skaffe seg nok kapasitet i form av tilstrekkelig ansatte, skriver Sturle Næss (2005, s. 14) at det på styringsnivå fremstår som en spenning mellom håndteringen av problemene på den ene siden, og realisering av gode hensikter på den andre. Næss påpeker at det blir et forsøk på å gjøre to ting samtidig, når det jobbes med å økonomisk og administrativt avgrense de offentlige tjenestene, samtidig som tjenestene skal imøtekomme behov som i mindre grad lar seg avgrense. Trine Rask Eriksen og Hanne Marlene Dahl (2005, s. 8) påpeker at NPM er mer enn bare et virkemiddel for staten, og at det kan sies å omdefinere velferdsstatens logikk, ved at NPM innen helsevesenet vil medføre økt fokus på kvalitet, men samtidig forverre forholdene for den ansatte. Med NPM blir det større fokus på dokumentasjon, og ressursene flyttes på den måten fra det konkrete arbeidet over til dokumenteringen. Det finnes en risiko for at NPM svekker utøvernes autonome rolle (Eriksen og Dahl, 2005, s. 8-9).

Til tross for at staten har det overordnede ansvaret for å tilby tjenester til befolkningen, har ansvaret historisk blitt desentralisert til de utførende enhetene, som dermed har fått ansvaret for å utforme og tilby tjenester av god nok kvalitet. Som nevnt i introduksjonskapittelet, har ansvaret for å tilby gode nok tjenester blitt tildelt de utførende tjenestene, og er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-1). Desentraliseringen innebærer et resultatansvar som har medført økende grad av målstyringsprinsipper, noe som har ført til at lederne av tjenestene må tilby gode nok tjenester, men samtidig holde seg innenfor budsjettet. Målene som brukes har lite med kvaliteten på omsorgen å gjøre, noe som fører til at ledere og ansatte må prioritere det som kan bli målt (Rasmussen, 2007). Innen helse- og omsorgssektoren måles effektivitet som omsorg til flest mennesker på kortest mulig tid, og et slikt effektivitetspress gjør at tjenestene i mindre grad tilpasses den enkeltes behov (Wærness, 2001, s. 276; Nordtvedt, 2001, s. 62). Ved å prioritere resultat, ser man bort i fra prosessen, noe Per Nortvedt (2001, s. 61) peker på er et problem, ettersom man overser at de hensyn som er nødvendige for å oppnå et godt resultat, er avhengig av profesjonsutøverens handlinger. Som Kari Martinsen (2003, s. 94) påpeker er nettopp samhandlingen mellom utøver og mottaker det vesentlige i omsorgen – ikke det formålsrasjonelle. De strukturelle forholdene legger dermed viktige rammer for samhandlingen mellom utøver og mottaker, som blir viktig i forståelsen av informantene i denne studien.

### 2.3. Hjemmebaserte omsorgstjenester: bakgrunn og tilstand

Hjemmebaserte omsorgstjenester er Norges største primærhelsetjeneste, og kommunene er som tidligere nevnt ansvarlige for organiseringen (Kattouw og Wiig, 2018). De kommunale helse- og omsorgstjenestene har gått gjennom flere reformer og endringer frem til i dag. At det finnes variasjoner mellom de norske kommunene, har sitt utgangspunkt i kommunalt selvstyre. Kommunenes rolle har utgangspunkt i kommuneloven fra 1837, og har spilt en viktig rolle i utviklingen av velferdstjenester sammen med staten og frivillige organisasjoner. De første offentlige hjemmehjelpstjenestene for eldre kom på 1960-tallet, og i starten kun i noen få kommuner, før det i senere år ble utvidet til flere kommuner (Christensen og Wærness, 2018). Utformingen av tjenesten medførte en radikal endring av den offentlige omsorg, ved at tjenesten foregikk et sted organisasjonen ikke hadde kontroll over, men også

at den henvendte seg til alle eldre. Dette brøt med synet på den sosiale eldreomsorgen som «fattigforsorg» (Næss og Wærness, 1996). I 1964 ble alle norske kommuner gjennom Lov om sosial omsorg pålagt å tilby hjemmebaserte tjenester og institusjonell omsorg, og hjemmesykepleietjenester som separate tjenester kom i 1982 gjennom kommunehelsetjenesteloven. De første statlige subsidier ble gitt til hjemmesykepleien på slutten av 1950-tallet, og i 1969 kom også den første statlige støtten til hjemmehjelp, 17 år etter det første frivillige initiativet fra de kvinnelige foreningene Nasjonalforening for Folkehelsen og Norske Kvinners Sanitetsforening. Sammen med økonomisk støtte fra staten, utvidet kommunene tjenestene, og på grunn av at kommunene fikk ansvar for flere tjenester, avtok rollen til de frivillige organisasjonene. Kommunene gjennomgikk flere reformer på 1980-tallet som gjorde at kommunene ble ansvarlige for å tilby og koordinere tjenester lokalt, og dette ble understreket av ideologien om å være hjemme så lenge som mulig. Blant annet gjennom sykehjemreformen i 1988 fikk kommunene ansvar for både hjemmetjenester og sykehjem. Synet på eldre endret seg også i denne perioden, og de ble i økende grad kalt for brukere. Eldre ble oppmuntret til å bli mer aktive i forhold til eget omsorgsbehov, og ikke bare være mottakere av omsorg (Christensen og Wærness, 2018).

Sosialtjenesteloven fra 1991 styrket byråkratiseringen av tjenestene, og den krevde blant annet at kommunene tok en formell beslutning for hvert enkelt tilfelle, med en detaljert plan for både tid og innholdet av hjelpen. Endringen førte til økning i dokumentasjon og kontroll av tjenestene, og representerer en del av et brudd med den tradisjonelle pleien hvor beslutning i tjenesten skjedde mellom bruker og pleier. Tjenestene skulle være forutsigbare og basert på det moderne arbeidslivet heller enn erfaringer fra husmorsollen. Dermed ble det et skifte mot en mer instrumentell-økonomisk tankegang, og de ansattes stemmer ble nedprioritert. Denne tankegangen har ytterligere blitt forsterket gjennom NPM-prinsipper, som også har gjort det enklere for kommunene å inkludere private aktører i helse- og omsorgstilbudet. Inkluderingen av markedslogikker representerte derfor en ny retning, og kunne potensielt utkonkurrere frivillige organisasjoner (Christensen og Wærness, 2018).

I perioden fra 1995 til 2010 øker antallet mottakere av hjemmetjenester, samtidig som det skjer en medikalisering av tjenestene i samme periode, noe som innebærer at medisinske tjenester prioriteres foran sosiale oppgaver. Dermed prioriteres de med de mest alvorlige og akutte behovene, og med det implisitt ber andre om å klare seg bedre alene. Ideologien om å være hjemme så lenge som mulig, innebærer at sykehjemmene får funksjonen som den «siste

stasjonen», og impliserer en aktiv bruker, med familie og nettverk, eller som har ressurser til private tjenester. Denne forventningen finner Christensen og Wærness (2018) som relatert til den økende markedslogikken, og leder brukeren inn i en forbrukerrolle. Denne tankegangen setter derfor et skille mellom hjemmehjelp og medisinsk behandling, hvor hjemmehjelp nedprioriteres. En viktig endring i denne perioden er at flere under 67 år ble mottakere av tjenester, noe som har ført til at tjenestene i større grad har beveget seg bort fra eldre. Samtidig må det påpekes at de over 67 år fortsatt utgjør den største mottakergruppen (Christensen og Wærness, 2018; Christensen, 2018).

De siste tiårene har det skjedd flere nye og store endringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennom ulike reformer har kommunene fått overført ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, noe som har ført til at kommunene har fått ansvar for nye pasientgrupper med faglig mer krevende og komplekse psykososiale og medisinske behov (Holm og Wiik, 2020, s. 15). Et grunnleggende moment i samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012 var å gi kommunene en ny framtidig rolle. Av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ble hjemmesykepleien sterkest berørt av omstillingen samhandlingsreformen medførte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008; Holm og Wiik, 2020, s. 17). Målene for samhandlingsreformen var å sikre en mer økonomisk bærekraftig helsetjeneste, bedre helse- og omsorgstjenester og bedre folkehelse. Strategiene i reformen tar for seg bedre samhandling, mer forebygging og tidligere behandling. Dette overførte flere oppgaver til blant annet hjemmetjenestene, og la sterke føringer for kommunene på å satse mer på forebygging, blant annet for å spare kostnader ved sykehusinnleggelse, men også fordi man skal kunne bo hjemme så lenge man ønsker. I 2018 kom også kvalitetsreformen «Leve hele livet», en reform som sikter på bedre hjelp til eldre og støtte til mestring av livet. Den har også fokus på at alle hjemmeboende pasienter skal ha en primærkontakt å forholde seg til, med det formål å sikre god tjenesteyting og gode kommunikasjonsrutiner med blant annet pasient og pårørende (Holm og Wiik, 2020, s. 17; 19).

Å ivareta sosiale behov er et overordnet mål i hjemmetjenestene, og hvordan hjemmetjenesten organiseres har betydning for kvaliteten og pasientsikkerheten. Det er politikere og kommuneadministrasjonen som bestemmer hvordan tjenestene skal organiseres, og valgene de tar relaterer seg til faglig kunnskap og kompetanse blant ansatte, antall ansatte en pasient må forholde seg til og administrative forventninger og krav. Vi kan forstå beslutningene som tatt ut fra en instrumentell rasjonalitet, der man velger den beste løsningen basert på en

vurdering av mål og alternativer for å nå målene. Forskning viser at økonomi vektlegges i mye større grad enn pasientopplevelsene når beslutninger tas, og at bestiller-utfører-modellen er å foretrekke (Kattouw og Wiig, 2018). Praktisering av denne modellen kan imidlertid føre til større press og forverring av faglig skjønn for de ansatte i hjemmetjenestene, og at sosiale omsorgsbehov i større grad blir utelatt fra hjemmetjenesten (Munkejord, Eggebø og Schönfelder, 2017; 2018). Lunde og Otterlei (2020) viser også at sosiale omsorgsbehov bortprioriteres grunnet manglende ressurser, og at kommunene i deres studie driver et aktivt avgrensingsarbeid i tjenestene ved at enkelte oppgaver ikke defineres som deres ansvar. For å oppsummere dette delkapittelet, bærer de hjemmebaserte omsorgstjenestene i dag preg av en mer sammensatt pasient- og brukergruppe, hvor de sosiale omsorgsbehovene ikke blir prioritert.

#### 2.4. Fremtidens utsikter: mangelen på helsefagarbeidere og sykepleiere

En av fremtidens største utfordringer er knyttet til den aldrende befolkningen, og det er derfor et sterkt behov for å sette omsorgsarbeid på dagsorden (Christensen og Pilling, 2018). For å kunne tilby gode nok helse- og omsorgstjenester, er tilstrekkelig bemanning en forutsetning. Men befolkningen blir eldre, noe som vil kreve mer arbeidskraft og flere ressurser til eldreomsorgen. På samme tid stagnerer veksten i arbeidsstyrken (Dølvik m.fl., 2014, s. 46). Samtidig som etterspørselen har økt, og fortsatt øker, har det ikke lyktes å rekruttere nok helsearbeidere, noe som blant annet har ført til internasjonal rekruttering av arbeidstakere. I 2016 hadde tilnærmet 13 prosent av alle helsefagarbeidere innvandrerbakgrunn (Wærness, 2005, s. 25; Isaksen, 2015, s. 248; Beyrer m.fl., 2019). Samtidig jobber flere uten helsefaglig utdanning i helse- og omsorgstjenestene (Gautun, 2020). I 2018 manglet det 8000 sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og mangelen er størst for sykepleiere. Fra 2015 til 2018 doblet mangelen seg for sykepleiere, samtidig som behovet for helsefagarbeidere i samme periode mer en tredoblet seg (Theie m.fl., 2018). Framskrivninger anslår at behovet for sykepleiere vil øke med 40 000 årsverk fra 2017 til 2035, og at underdekningen kan komme opp i 28 000. For helsefagarbeidere anslås behovet å øke med 16 000, og underskuddet kan komme opp i 18 000 årsverk i 2035. I tillegg har denne utdanningsgruppen en forholdsvis høy andel med eldre arbeidstakere, noe som tilsier at flere vil gå av med pensjon i løpet av de 20 neste årene (Hjemås m.fl., 2019). Som Melby m.fl. (2020) peker på, kan en konsekvens av at unge helsearbeidere har blitt utslitt

under pandemien, føre til frafall og gå ut over rekrutteringen. I møtet med et økende behov for helsepersonell, er det viktig å få mer kunnskap om hvordan arbeidshverdagen oppleves for helsepersonell, og hvordan de ansatte berøres under pandemien, slik min studie viser.

Et viktig moment å ta med seg videre er hvordan de strukturelle rammene legger rammer for hvordan omsorg utøves i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennom flere historiske reformer og endringer, bærer tjenestene i dag preg av en mer sammensatt og yngre mottakergruppe. Ved at økonomi i stor grad vektlegges i utformingen av tjenestene, begrenses samhandlingen mellom utøver og mottaker. Som et bakteppe blir dette viktig i forståelsen av endringene i tjenestene under pandemien.

### 3. Metode

På bakgrunn av inspirasjonen og viktigheten av omsorgsforskning som belyser de ansattes hverdag og egne opplevelser, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming for å besvare oppgavens problemstilling. Datamaterialet i prosjektet baserer seg på 13 dybdeintervjuer av unge helsefagarbeidere og sykepleiere, hvorav noen fortsatt var i utdanning på intervjuetidspunktet, og noen besatt lederstillinger ved avdelingene. Å inkludere lederintervju var hensiktsmessig for å få med data på avdelingsnivå, og om det forelå en diskrepans mellom ledernes og de ansattes oppfattelse av koronasituasjonen.

Jeg startet utvalgsprosessen ved å først undersøke tilgangen til feltet, samt bestemme meg for geografisk lokasjon. Med tanke på at min studie ble gjennomført i en tid preget av høyt smittetrykk, vurderte jeg tidlig at risikoen var stor for at intervjuprosessen ville kunne bli påvirket, og at tilgangen til feltet kunne by på utfordringer. Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for utvalget i prosjektet, intervjuprosessen og den metodologiske tilnærmingen jeg har til datamaterialet. Jeg vil underveis diskutere utfordringer som oppstod, og hvordan jeg løste dem, før jeg til slutt tar for meg etiske refleksjoner rundt metodeutførelsen.

#### 3.1. Utvalg og rekruttering

Utvalget består av unge helsefagarbeidere og sykepleiere ansatt i hjemmebaserte tjenester i en av Norges største kommuner. Hjemmebaserte tjenester ble valgt fordi jeg ønsket å få innsikt i hvordan yrkesgrupper som drar hjem til brukeren har opplevd arbeidshverdagen under pandemien, ettersom de har mindre oversikt over brukerens bevegelser og kontakter, enn ved for eksempel et sykehjem. Intervjuene ble gjennomført i en av kommunens største bydeler, fordelt på de ulike avdelingene der. Det var viktig for meg å skape variasjon i utvalget og datamaterialet, og det ble derfor gjort intervjuer ved bydelens samtlige fem avdelinger.

Valget om å inkludere to yrkesgrupper var for det første for å representere de største yrkesgruppene ved hjemmebaserte tjenester, men også for å tillegge utvalget ytterligere variasjon. Jeg hadde ikke til hensikt å utvikle en systematisk komparasjon, men ville inkludere variasjonen som finnes i tjenestene. I starten så jeg på det som hensiktsmessig å intervju ansatte i alderskohorten 20 til 30 år. Med tanke på at sykepleierutdanningen er 3-

årig, valgte jeg å endre laveste alder fra 20 til 22 år ettersom man normalt sett fullfører videregående skole året man fyller 19. Jeg var imidlertid åpen for helsefagarbeidere under 22 år, og for endra yngre deltakere grunnet utdanningsdimensjonen i utvalget. Valget om å intervju unge baserte seg i utgangspunktet på en antakelse om at unge mennesker har flere sosiale kontakter, samt ønsket om å undersøke orienteringsgrunnlaget til arbeidet i en generasjon som ikke kan sies å være sosialisert gjennom husmorsrollen. I tillegg forsøkte jeg å skape mangfold med hensyn til etnisitet og kjønn, og det ble derfor gjort 2 intervjuer av menn, og 2 intervjuer av kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn, hvor den ene av disse to har bodd i Norge siden hun var barn.

For å delta i prosjektet var et av kriteriene å ha et eksplisitt berøringskrav i jobben. Med det mener jeg arbeidsoppgaver som innebærer behandling og tjenester hvor man til tider må i fysisk berøring med brukeren. Det var også ønskelig med erfaring fra både før og etter pandemien, men dette ble holdt noe åpent ettersom utvalget også består av nyutdannede og personer under utdanning. Jeg var ikke interessert i vikarer, ettersom jeg ønsket å undersøke hvordan faste ansatte balanserte arbeid og fritid under pandemien. I bydelen jeg rekrutterte fra var det mange som gikk i fulltidsstillinger, og selv om jeg også var interessert i deltidsansatte, var tilgangen på deltidsansatte lav, til tross for at det er en høy andel deltidsstillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Beyrer m.fl., 2019; Skjørstad m.fl., 2019).

Rekrutteringen av mitt utvalg for denne studien baserte seg i all hovedsak på et innledende forskningsspørsmål, og på de som ble ansett som teoretisk og analytisk mest relevante for oppgaven, og kan derfor sees på som et teoretisk, eller strategisk utvalg<sup>6</sup> (Grønmo, 2016, s. 103; Silverman, 2014, s. 62). Det finnes ulike strategier for utvelgelsen av informanter ved strategisk utvalg, og for å få tilgang til informantene sendte jeg ut en forskningshenvendelse til den aktuelle kommunen. Kommunen kan derfor sees på som en gatekeeper i dette prosjektet ved at de ga meg tilgang til feltet (Silverman, 2014, s. 248). Utvalget kan sees på som et kvoteutvalg, som går ut på å velge en bestemt kvote innen hver kategori av enheter jeg ønsket å intervju, ettersom det ble uttrykt i forskningshenvendelsen hvor mange jeg ønsket av de ulike yrkesgruppene (Grønmo, 2016, s. 114). Kommunen gikk dermed ut til avdelingene med informasjon om studien og invitasjon til deltakelse, og utvelgelsen baserte seg derfor også på en framgangsmåte basert på selvseleksjon (Grønmo, 2016, s. 116).

---

<sup>6</sup> Teoretisk og strategisk utvalg brukes ofte som synonymer, hvor forskjellen oppstår når begrunnelsen i et strategisk utvalg ikke er teoretisk definert (Silverman, 2014, s. 62)



### 3.1.1. Tabell over utvalget

I tabellen under vil jeg gi oversikt over utvalget i studien. Samtlige i utvalget som er fast ansatt i den kommunale hjemmetjenesten har 100% stilling. Lærlingene går også i 100%, mens sykepleierstudenten går i 80% i praksisperioden. I oversikten som presenteres under inkluderes kun de som deltar i det fysiske arbeidet, og av den grunn inkluderes ikke leder Marianne. Oversikten inneholder navn, yrkestittel, alder, og familie- og bosituasjon, hvor navnene er fiktive.

<b>Navn</b>	<b>Yrke</b>	<b>Alder</b>	<b>Familie- og bosituasjon</b>
<i>Emilie</i>	Sykepleier	26 år	Samboer
<i>Anna</i>	Sykepleier	22 år	Samboer
<i>Vegard</i>	Sykepleier	31 år	Samboer og barn
<i>Edita</i>	Helsefagarbeider	23 år	Samboer
<i>Kristine</i>	Sykepleier	26 år	Samboer
<i>Nora</i>	Sykepleier	26 år	Samboer
<i>Arne</i>	Helsefagarbeiderlærling	21 år	Samboer
<i>Julia</i>	Helsefagarbeider	29 år	Samboer
<i>Susanne</i>	Helsefagarbeiderlærling	18 år	Bor hjemme hos foreldre
<i>Sofie</i>	Sykepleierstudent	23 år	Bor sammen med venner
<i>Lena</i>	Helsefagarbeider	25 år	Samboer
<i>Amal</i>	Sykepleier	30 år	Gift og barn

### 3.2. Det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervjuet er en profesjonell samtale, hvor en gjennom samtale som bygger på dagliglivets samtaler, forsøker å forstå verden fra intervjupersonens synspunkt. Det er gjennom intervjuet kunnskap konstrueres, sammen med og i interaksjon mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 20; 22). Gjennom det kvalitative forskningsintervjuet, som skiller seg fra intervjuer i kvantitativ forstand, kan man få detaljerte og fyldige svar. Der hvor den kvantitative forskningen er mer strukturert med hensyn til både reliabilitet, validitet og forskningsspørsmål, kan jeg som forsker i den

kvalitative tilnærmingen være mer fleksibel og anvende en eventuell intervjuguide som en guide for samtalen, uten at den trenger å være styrende<sup>7</sup>. I den kvalitative forskningen er også informantenes egne synspunkt og egne måter å berette på i større grad vektlagt, og intervjuene er mer fleksible ved at jeg som forsker kan la intervjuet ta nye retninger basert på hva som kommer frem i intervjuene. Ikke minst kan jeg endre fokus med hensyn til informasjonen som fremkommer gjennom dialogen med informanten (Bryman, 2012, s. 470).

Jeg var interessert i å forstå dagliglivet ut ifra de ansattes perspektiv, og benyttet meg derfor av semistrukturerte intervjuer<sup>8</sup>. Det semistrukturerte intervjuet er verken helt åpen eller lukket, og utføres ved hjelp av en intervjuguide (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46).

Intervjuguiden i denne intervjuformen struktureres med spørsmål og/eller tema som skal dekkes i løpet av intervjuet. Fordelen med det semistrukturerte intervjuet er at informantene har stor frihet når de skal svare, noe som gjør at jeg som forsker kan følge opp med spørsmål som ikke nødvendigvis er skrevet ned i intervjuguiden (Bryman, 2012, s. 471). Jeg benyttet intervjuguiden som en mal for intervjuene, og jeg hadde på forhånd satt meg nøye inn i spørsmålene for å frigjøre meg fra guiden. Etter første intervju erfarte jeg hvor viktig selve samtalen var, og jeg bevegde meg i større grad bort fra intervjuguiden, ettersom de ulike svarene jeg fikk følgelig krevde forskjellige oppfølgingsspørsmål. Av den grunn forsøkte jeg å gjøre intervjuguiden mer åpen, ved at jeg fulgte temaene, men brukte spørsmålene som forslag til spørsmål og som en støtte. På denne måten lot jeg informasjonen i større grad føre intervjuene, og etter hvert som jeg ble tryggere i intervjusituasjonen, ble også intervjuene av bedre kvalitet ved at de inneholdt rikere data.

Intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 51 minutter og 38 sekunder, og ble gjennomført i tidsperioden 5. til 13. november 2020. For å gi informantene en indikasjon på hvor lenge intervjuene ville vare, informerte jeg dem på forhånd om at intervjuene ville vare i omtrentlig 1 time. Jeg startet intervjuene med å informere om studien, og forklarte gangen i intervjuene slik at de var forberedt på hvilke spørsmål de kunne forvente. Intervjuene startet med at jeg stilte noen enkle spørsmål, hvor informantene fritt fikk fortelle om seg selv og hvorfor de hadde valgt yrket sitt. Videre pratet vi om arbeid, smittefrykt, fritid, forventninger,

---

<sup>7</sup> Validitet og reliabilitet kan også oppnås i kvalitativ forskning. I mitt tilfelle kan Grounded Theory sikre validitet gjennom det tette arbeidet med empirien, samtidig som det transkriberte datamaterialet bidrar til å styrke reliabiliteten.

<sup>8</sup> Det har blitt mer vanlig å omtale flere intervjuformer, inkludert det semistrukturerte, som dybdeintervju og/eller kvalitativt intervju (Bryman, 2012, s. 471; Rapley, 2011).

anerkjennelse og arbeidsmiljø. Jeg var tydelig på at de skulle få prate fritt, og hadde særlig fokus på å få frem deres egne tanker om temaene vi var inne på. Det var viktig å se an den enkelte informant, slik at jeg ikke gravde unødvendig hvis jeg anså det som vanskelig for informanten å svare på et spørsmål. Mot slutten fikk de muligheten til å legge til noe de synes var viktig, og/eller som vi ikke hadde vært inne på i samtalen. Dialogen med informantene var preget av åpenhet, og jeg opplevde at informantene fikk tillit til meg. Dette resulterte i at jeg kom i dybden på deres hverdags erfaringer og følelser. På bakgrunn av intensiteten av å snakke om det vanskelige knyttet til korona, velger jeg å omtale intervjuformen også for et dybdeintervju.

I utgangspunktet hadde jeg planlagt å gjennomføre intervjuene fysisk med informantene, og jeg ble invitert til de ulike avdelingene for å gjennomføre intervju hos dem. Invitasjonen kom etter eget ønske, da jeg ønsket at informanten skulle være i sine trygge omgivelser under intervjusituasjonen. Dette ble utfordrende på grunn av smittesituasjonen, noe som gjorde at vi måtte utsette intervjuene i første omgang fra oktober til november. Etter å ha gjennomført mine tre første intervju forverret smittesituasjonen seg, noe som førte til usikkerhet knyttet til hvem som kunne stille til intervju. Av den grunn tok jeg kontakt med min kontaktperson i kommunen, og fikk beskjed om at det var opp til avdelingslederne om jeg fikk gjennomføre intervjuene fysisk hos dem. På grunn av usikkerheten fikk jeg tilsendt kontaktinformasjonen til noen ekstra informanter, ettersom jeg ikke ønsket at prosessen skulle stoppe opp. Intervjuprosessen fikk på grunn av smittesituasjonen derfor et lite opphold, men ble løst fint etter noen dager. Noen av intervjuene ble utsatt noen dager, og noen ble framskyndet, slik at de kunne bli gjennomført. De resterende ti intervjuene ble også derfor digitale.

### 3.3. Analysen av datamaterialet

Når jeg som forsker analyserer datamaterialet, tar jeg beslutninger om hva som skal inkluderes og hva som skal utelates i det ferdige produktet (Ragin og Amoroso, 2019, s. 94). Å analysere data handler om å avdekke generelle og typiske mønstre i datamaterialet, noe som kan være krevende i kvalitative studier. Det er derfor nødvendig å forenkle innholdet slik at det blir mulig å få oversikt (Grønmo, 2016, s. 266). Koding og kategorisering er de vanligste formene for dataanalyse, hvor koding spiller en viktig rolle i en Grounded Theory tilnærming, som har til formål å utvikle teori på en induktiv måte uten et teoretisk rammeverk

(Kvale og Brinkmann, 2015, s. 226). Jeg var interessert i informantenes egne tanker om hverdagen, og forskningsdesignet har derfor vært empirinært og eksplorerende. Samtidig har jeg vært inspirert av teorier og begreper, men har tilstrebet åpenhet gjennom hele prosessen. Christensen (1994) skiller mellom styring og inspirasjon fra teori, og i denne studien har ikke teori vært styrende for arbeidet, som jeg vil forklare mer nedenfor.

Tilnærmingen min kjennetegnes av empirinærhet, som går ut på at jeg lar det analytiske arbeidet drives frem i dialog med empirien. I denne studien har ikke fokuset vært på hypotesetesting, men har hatt som formål å være teoriutviklende. Det betyr imidlertid ikke at jeg som forsker skal se bort i fra teori, men at jeg kan være teoriåpen. I tillegg kan det foregå verifikasjon underveis, når det underveis blir innarbeidet i dialog med empirien. Å være teoriåpen innebærer også at jeg som forsker starter uten problemstilling (Christensen, 1998c, s. 68; 79-80). Jeg startet prosjektet både uten en sosiologisk teori og uten en problemstilling. Gjennom det empirinære arbeidet har jeg latt arbeidet bli drevet frem av empirien, som igjen har bidratt til utviklingen av studiens problemstilling. Samtidig har jeg vært inspirert av teoretiske perspektiver og sensitiverende begreper (Blumer, 1954), som jeg har innarbeidet underveis i dialog med empirien. Gjennom det empirinære arbeidet knytter jeg meg til, og henter inspirasjon fra Grounded Theory (Glaser og Strauss, 1967).

Grunnen til at jeg benytter Grounded Theory som en metodologisk tilnærming for min analyse, er begrunnet ut ifra ønsket om å gjøre en eksplorerende studie uten forhåndsbestemte hypoteser og uten et teoretisk rammeverk. Grunntanken i Grounded Theory er å utvikle teori «grounded» i datamaterialet, og å komme til teori som passer sitt formål, illustrert med eksempler fra datamaterialet. Grounded Theory kan med det forhindre opportunistisk bruk av teorier som ikke nødvendigvis passer til empirien som analyseres. Å generere teori ut ifra datamaterialet handler ikke bare om at begreper og hypoteser kommer fra data, men er systematisk utviklet i forhold til datamaterialet gjennom forskningsprosjektet (Glaser og Strauss, 1967). Denne tilnærmingen har lagt viktige føringer for hvordan jeg har analysert datamaterialet. Tilnærmingen har gjort at jeg i større grad har kunnet reflektere rundt prosjektets empiri.

Ved bruk av Grounded Theory, er et viktig premiss at jeg som forsker er teoretisk sensitiv. Ved å være teoretisk sensitiv knytter jeg meg ikke til en bestemt teori, noe som er viktig for å kunne komme frem og formulere begreper og teorier som er «grounded» i datamaterialet.

Teoretisk sensitivitet forsvinner når jeg som forsker knytter meg til en spesifikk teori (Glaser og Strauss, 1967, s. 46). Samtidig er det uunngåelig å ikke ta stilling til tidligere litteratur, og jeg har gjennom komparativ analyse reflektert over mine data i forhold til tidligere forskning. Gjennom komparativ analyse kan man komme frem til enten substantiv eller formal teori. Substantiv teori er teori knyttet til et bestemt, empirisk område, som for eksempel eldreomsorg, mens formal teori er basert på en konseptuell generalisering over flere områder, som for eksempel makt, stigma og sosialisering (Glaser og Strauss, 1967, s. 32-33). Forskere som benytter seg av Grounded Theory, starter ofte med visse interesser og generelle begreper (Charmaz, 1996, s. 32). Uten at jeg knyttet meg til et bestemt teoretisk rammeverk, benyttet jeg meg av sensitiverende begreper. Sensitiverende begreper angir en retning å se, i motsetning til definitive begreper som gir presise beskrivelser av et fenomen. Begreper som kultur, personlighet og institusjon er eksempler på sensitiverende begreper, ettersom de ikke gir en presis beskrivelse av et fenomen, og heller viser en retning å se i (Blumer, 1954, s. 7). I dette prosjektet har jeg benyttet omsorgsrasjonalitet, som jeg kommer inn på i neste kapittel, som et sensitiverende begrep.

Underveis i datainnsamlingen analyserte jeg mine data fortløpende, og etter å ha identifisert mønstre i datamaterialet og utviklet begreper, gikk jeg tilbake til empirien og så nærmere på overensstemmelsen eller om det var flere nyanser som måtte dras inn. Til en viss grad kan man sammenlikne dette med hva Tjora (2018, s. 16) kaller for stegvis-deduktiv induktiv metode. Med en stegvis-deduktiv tilnærming menes det å arbeide fra empirien opp til teoriutvikling, som utgjør en oppadgående prosess, mens den nedadgående prosessen er å undersøke fra et teoretisk perspektiv ned til empirien. På denne måten foregår det først en induktiv prosess i den oppadgående prosessen, og en deduktiv prosess i den nedadgående. Innen Grounded Theory skjer denne prosessen i den teoretiske utvelgelsen, hvor forskeren underveis samler inn og analyserer empirien, for å vite hvem og hva som mangler for å kunne utvikle teori. Kriteriet for å stoppe utvelgelsen bestemmes når man har oppnådd teoretisk metningspunkt, som vil si at det ikke er behov for mer data for å kunne utvikle teori (Glaser og Strauss, 1967, s. 45; 61). Jeg tilstrebet en slik tilnærming i utvelgelsen, men det ble ikke mulig grunnet smittetrykket. Samtidig opplevde jeg at jeg oppnådde metning ved at jeg identifiserte klare likhetstrekk i empirien.

I henhold til min metodologiske tilnærming, vil spørsmålet om generalisering dreie seg om en konseptuell generalisering, ved at jeg fremstiller mine empiriske funn i form av begreper og

typologier (Tjora, 2012, s. 215). Denne typen generalisering styrkes ved å vise til tidligere forskning, men også til teori. Samtidig må det fremheves at mine fremstillinger baserer seg på en krisesituasjon, hvor kommunen jeg gjennomførte studien i hadde vært gjennom flere smittebølger. Empirien tilsier også at opplevelsene har variert med smittetrykket, og det vil derfor være rimelig å anta at det vil være geografiske variasjoner i opplevelser under pandemien. Jeg har derfor tilstrebet gjennomsiktighet i oppgaven ved å dokumentere mine argumenter gjennom sitater, slik at det også kan være opp til leseren selv å vurdere studiens gyldighet (Tjora, 2012).

### 3.4. Ethiske refleksjoner

Før jeg startet prosjektet sendte jeg søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å få gjennomføre studien, som ble godkjent i september 2020. En godkjenning fra NSD betyr at jeg får tillatelse til å gjennomføre studien innenfor lovverket, men også at jeg som forsker holder meg innenfor noen retningslinjer, særlig knyttet til personvern. For å få gjennomføre studien skal det innhentes informert samtykke, noe som ble gjort etter at også kommunen hadde fått bekreftelse på godkjenningen fra NSD. Det regnes som god forskningspraksis at informantene gjennom det informerte samtykke får informasjon om studien, hvorfor den gjennomføres og muligheten til å si ja eller nei til å delta (Alver og Øyen, 1997, s. 109-110). Ettersom flere av intervjuene mine måtte gjennomføres digitalt, ble det informerte samtykket innhentet på tre måter. Først og fremst fikk alle tilsendt informasjonsskriv om studien og samtykkeskjema på forhånd, slik at de hadde tid til å vurdere om de ønsket å delta eller ikke. På denne måten fikk de også tid til å reflektere over de tema som ble informert om i informasjonsskrivet. I de fysiske intervjuene ble det informerte samtykket innhentet skriftlig og gitt til meg før intervjuene startet. Informantene som deltok i de digitale intervjuene fikk velge om de ønsket å signere papiret, scanne det og sende det på mail, eller om de ønsket at samtykket ble spilt inn på båndopptaker ved å lese opp samtykkeerklæringen. For de som ønsket det siste alternativet, ble det innspilte samtykket oppbevart separat fra det innspilte intervjuet.

Samtlige intervjuer ble tatt opp på båndopptaker som ikke var koblet til internett, og deretter transkribert i sin helhet. Etter intervjuene fikk samtlige av informantene tilbud om å lese gjennom det transkriberte intervjuet, noe ingen av informantene ønsket. Det er også viktig å

bevare informantenes konfidensialitet, noe som ble gjort ved å tildele informantene fiktive navn. Jeg har også utelatt beskrivelser av geografisk lokasjon og av arbeidsstedet, slik at det ikke er mulig å knytte utsagn til verken kommunen, bydel eller avdeling (Kvale og Brinkmann, 2018, s. 213).

I forbindelse med usikkerheten som oppstod knyttet til gjennomføringen av intervjuene da smittetrykket forverret seg, oppstod det også en ny etisk problemstilling. Jeg fikk inntrykk av at endringene i smittesituasjonen førte til at det ble vanskelig å disponere tid til intervjuene, noe som kan være en belastning for informanten (Alver og Øyen, 1997, s. 108). I perioden intervjuene ble utsatt, var det viktig for meg å være fleksibel, både i form av tid og intervjuform, slik at informantene ikke skulle føle seg presset til å delta, men også for å ikke være en belastning for avdelingene jeg hadde fått tilgang til. På samme tid opplevde jeg at informantene fortsatt var svært interessert i å delta, og ved at jeg var fleksibel kom vi sammen frem til gode løsninger. Av denne grunn er det viktig å fremheve at informantene kan ha vært spesielt interesserte i temaet, og som gjerne ville komme frem med et bestemt budskap, noe som kan skape skjevheter i utvalget (Grønmo, 2016, s. 117). Jeg vurderte muligheten for dette før jeg startet utvalgsprosessen, noe som også var grunnen til jeg ønsket variasjon i utvalget. Informasjonen i studien ble spredt via administrasjonen i kommunen, og ved at samtlige i bydelen i kommunen som oppfylte utvalgskriteriene fikk tilbud om å delta, ble jeg tidlig klar over at det kunne være de mest kontaktsøkende og utadvendte som ønsket å delta.

## 4. Teoretiske refleksjoner

I henhold til studiens empirinære og metodologiske tilnærming, startet jeg som sagt uten et teoretisk utgangspunkt, samtidig som jeg har vært teoriåpen. For å perspektivere mine funn har jeg lagt til grunn en forståelse av omsorg og omsorgsarbeid, samt hentet inspirasjon fra eksisterende teori. I tilnærmingen av eksisterende teori, var det viktig å reflektere rundt perspektivet lagt til grunn for denne studien. Å velge perspektiv handler om på hvilket nivå man velger analyseenheter, og på hvilket nivå analysen skal gjennomføres på. Det er vanlig å skille mellom analyse på mikro-, meso- og makronivå, som baserer seg på størrelsen på analyseenheten. Altså om man har fokus på den handlende aktør eller de større, sosiale strukturene. Ved at jeg har fokus på den enkelte sykepleier og helsefagarbeider og deres handlinger, kan det sies at jeg har aktør-, eller nedenfra og opp perspektiv, sammen med et handlingsperspektiv i min tilnærming. I et handlingsperspektiv kan man forstå at aktørene enten enkeltvis eller sammen bidrar til å forsvare eller endre strukturene ut ifra sine egne oppfatninger og interesser om verden (Repstad, 2017, s. 95).

For å vite hva man skal se etter er det nødvendig med et analytisk rammeverk for det som studeres. Hvis man for eksempel ikke har et implisitt analytisk rammeverk for hva en sykepleier gjør, kan det være lett å se på en sykepleier som en person som gir medisiner og behandler mennesker på sykehus. Analytiske rammeverk er derfor viktig og grunnleggende innen forskning, ettersom de angir en retning å se i, og tilbyr verktøy for å kunne skille og definere fenomener innen en gitt kategori. Som forsker kan man gjerne prøve ut flere analytiske rammeverk på veien mot forståelse av et fenomen (Ragin og Amoroso, 2019, s. 57-58). Det er av den grunn viktig å gjøre rede for hvordan jeg forstår begrepene omsorg og omsorgsarbeid, og hvordan jeg bruker omsorgsrasjonalitet som sensitiverende begrep i denne studien.

### 4.1. Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet

Omsorg er et mye og vanlig brukt begrep i dagligtalen, men samtidig ikke et presist avklart eller avgrenset begrep. I dagligtalen er begrepet knyttet til verdier som å vise omtanke for, ta hensyn til og å hjelpe andre. På den ene siden brukes begrepet for å beskrive en kvalitet ved forskjellige relasjoner, og på den andre som et begrep for spesielle virksomheter som har til



formål å ta vare på mennesker som ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Omsorg er knyttet til ideologien om vårt ansvar for andre mennesker (Wærness, 2000, s. 103-104). Wærness (1984, s. 188) definerer omsorg som en relasjon mellom minst to mennesker, hvor den ene viser omtanke, bekymring og hengivenhet mot den andre. Videre peker Wærness på at uansett om omsorg defineres som lønnsarbeid eller som kjærlighet, må det skilles mellom omsorg for de som er avhengige av omsorg, for overordnede og i symmetriske forhold.

I symmetriske forhold, slik som mellom friske voksne, baseres gjerne omsorgen på et gjensidighetsforhold. Omsorgen utveksles mellom mennesker i en symmetrisk relasjon, og uttrykkes ved for eksempel å bry seg om hverandre. Wærness setter videre et viktig skille mellom personlig service og omsorgsarbeid. Med personlig service sikter hun til den omsorgen som stort sett har blitt gitt av kvinner til eldre, ektemenn og barn, ikke innebærer gjensidighet. Å tilby personlig service kan være et resultat av å være underordnet og kan oppleves som påtvunget, og ikke som et resultat av deres omtanke og bekymring for den andre. Med omsorgsarbeid, mener Wærness den omsorgen som tilbys medlemmer av samfunnet som etter normale standarder er ute av stand til å ta vare på seg selv, og innebærer både betalt og ubetalt arbeid, og i den offentlige og private sfæren. Denne relasjonen kjennetegnes av at omsorgsmottakeren er underordnet. Omsorgsmottakeren er her avhengig av at noen tar seg av dem, og som føler en forpliktelse til å ta vare på andre (Wærness, 1984, s. 189). I en slik relasjon må omsorgsgiveren dekke behovene til omsorgsmottakeren på en så god måte som mulig i situasjonen der og da. Som Wærness anfører (1984, s. 189; 2000, s. 105) innebærer å tilby god omsorg at det gjøres på en måte som styrker mottakerens evne til å klare seg selv. Omsorgsmottakeren må verken bli overbeskyttet eller neglisjert. Derfor kreves det nærhet og innlevelse fra omsorgsgiveren, slik at verdigheten til mottakeren ikke krenkes.

I 1984 introduserte Wærness begrepet omsorgsrasjonalitet. Bakgrunnen for begrepet baserte seg på en studie hun gjorde på 1970-tallet, hvor hun fant at hennes hjemmehjelpsinformanter utførte en del ubetalt arbeid for omsorgsmottakerne. I en sammenheng hvor hun la frem sine funn, oppfattet tilhørerne at dette ubetalte arbeidet hjemmehjelperne utførte var et uttrykk for at de ikke var rasjonelle. På bakgrunn av denne oppfatningen ble hun inspirert til å introdusere begrepet omsorgsrasjonalitet, som innbefatter at omsorgsarbeidet er en kombinasjon av både følelser og fornuft. Denne tanken går imot den tidligere sosiologiske og vestlige filosofiske behandlingen av emosjoner og rasjonalitet som to separate kategorier (Christensen og Syltevik, 1999, s. 13; Wærness, 1984, s. 195). Begrepet antyder også at personlig kunnskap

og evnen til å sette seg inn i den enkelte er viktige forutsetninger for å kunne utøve god omsorg, noe som betyr at omsorgsmøtet ikke kan være preget av for mye travelhet. Omsorgsmøtet må altså få ro, og omsorgsutøveren må ikke være for travel for å kunne sette seg inn i den enkeltes behov (Wærness, 2005, s. 25).

Også Martinsen (2003, s. 71) definerer omsorg som et forhold mellom minst to personer, og at det karakteristiske ved omsorgsarbeidet er at mottakeren befinner seg i en ikke-selvhjulpen situasjon, at omsorgsrelasjonen innebærer forpliktelse og ansvar fra omsorgsgiverens side, og at denne relasjonen er basert på generalisert gjensidighet (Martinsen, 2003, s. 75). Med generalisert gjensidighet menes et forhold preget av at den ene sørger for den andre, uten om forventning om gjenytelse. Dette står i motsetning til balansert gjensidighet, som sikter til likevektige relasjoner, og negativ gjensidighet, hvor den ene parten forsøker å maksimere sine egne interesser på bekostning av den andre. Balansert gjensidighet er også et uttrykk for omsorg, da innenfor en omsorgsrelasjon mellom to friske mennesker (Martinsen, 2003, s. 72-73).

Joan Tronto (2013, s. 22) og Berenice Fisher viser til hvordan omsorg er en kompleks prosess, hvor de identifiserer fire sammenkoblede separate faser. Den første fasen «caring about», er å erkjenne at noen har et omsorgsbehov som må dekkes. Når dette behovet er identifisert, er det noen som påtar seg ansvaret for å dekke behovet, noe de kaller «caring for». Den tredje fasen er selve omsorgshandlingen, som de kaller «care-giving». Når omsorgshandlingen er gjennomført, vil de som har utført handlingen få en respons. Denne fjerde fasen kaller de «care-receiving», og er viktig for å vite om omsorgsbehovet har blitt dekket. Til hver av de ulike fasene identifiserer de også moralske kvaliteter. I første fase kreves det moralsk oppmerksomhet, altså at man har en evne til å se den andres behov. For å dekke disse behovene er det noen som må ta ansvar, som er den moralske kvaliteten i den andre fasen. For å utføre selve omsorgshandlingen kreves det at omsorgsgiveren er moralsk, og ikke bare instrumentelt, kompetent til å gi omsorg. I den fjerde fasen hvor det vil være en respons fra mottakeren, kreves det at omsorgsgiveren har den moralske kvaliteten til å kunne observere denne responsen og bedømme den (Tronto, 2013, s. 36). Det introduseres også ytterligere en femte fase som de kaller «caring with», som sikter til det de kaller demokratisk omsorg, og bygger på solidaritet. Dette innebærer at omsorgen samsvarer med demokratiske og universelle prinsipper som likhet og frihet (Tronto, 2013, s. 22; 36).

Jeg forstår med dette omsorg som en relasjon mellom minst to personer, og som går gjennom en prosess hvor omsorgsgiveren blir oppmerksom på et omsorgsbehov og føler et ansvar for å dekke dette behovet. Ved å benytte meg av omsorgsrasjonalitet som et sensitiverende begrep, forstår jeg omsorgsarbeidet som både følelsesbasert og rasjonelt. Jeg forstår også omsorgsarbeidet som et uttrykk for generalisert gjensidighet til personer som er i en ikke selvhjulpen situasjon.

#### 4.1.1. Andre-orientering

Å ha forståelse for den andres situasjon står sentralt i omsorg, og for at omsorgsgiveren skal kunne oppfatte mottakerens behov er en andre-orientering nødvendig (Martinsen, 2003, s. 76; Christensen, 1998b). Andre-orientering er et empirisk basert begrep Christensen (1998b) utviklet i en studie om hjemmehjelpere på slutten av 1980-tallet. Det å ha en andre-orientert bevissthet innebærer å kunne sette seg inn i en annen person og personens egne virkelighet i en omsorgshandling for å kunne bevare personens verdighet. Det innebærer en type underkastelse for å kunne sette seg inn personens behov, og gir grunnlag for å utvikle taus kunnskap i omsorgsmøtet, som igjen vil kunne gi mulighet for å tilby personlig individualisert omsorg. Med taus kunnskap menes det å kunne utvikle individualisert kunnskap i møtet med den konkrete personen. Denne type underkastelse betyr at omsorgsgiveren søker etter det unike hos den andre, og ikke forventer noe tilbake. Gjennom endringer i organiseringen av omsorgstjenestene har mulighetene for andre-orientering blitt redusert. For at andre-orienteringen skal være mulig, må omsorgsgiveren ha en viss frihet for at møtet med den andre skal kunne utvikle seg til et møte mellom to unike mennesker. Omsorgsmøtet må få ro, for med for mange forstyrrende elementer vil mulighetene for en andre-orientering reduseres (Christensen, 1998b).

Med andre ord innebærer det å ha en andre-orientert bevissthet å kunne forstå og å sette seg inn i den andres situasjon i en omsorgshandling. Det utgjør samtidig en del av det usynlige arbeidet som gjøres, og er derfor ikke-målbart. Som jeg har vært inne på (se kap. 2) er dagens organisering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene preget av blant annet målstyring. Disse målene har imidlertid lite med omsorgen å gjøre, og kan føre til begrenset tid inne hos omsorgsmottakeren. Mulighetene for andre-orientering kan derfor tenkes å være begrenset i

dagens organisering av tjenestene. Det betyr imidlertid ikke at mulighetene ikke finnes, men de er underlagt nye vilkår og nye barrierer.

#### 4.1.2. Altruisme

Offentlige omsorgstjenester kan sies å generelt være altruistisk motiverte, i den forstand at tjenestene er rettet mot det beste for pasienten (Hem, Halvorsen og Nordtvedt, 2014, s. 5). Hem, Halvorsen og Nordtvedt (2014, s. 1; 7) understreker at et for sterkt fokus på altruisme kan føre til utbrenthet og utnyttelse av omsorgsgiveren, og at altruisme som et ideal innen omsorgsarbeid kan legge et press på omsorgsgiveren til å ofre seg selv på vegne av omsorgsmottakeren.

Altruismebegrepet blir særlig relevant når jeg baserer min forståelse av omsorgsarbeidet som et uttrykk også for generalisert gjensidighet, ettersom altruisme er et nøkkelbegrep i en relasjon basert på generalisert gjensidighet (Martinsen, 2003, s. 72). Altruisme-begrepet har sin bakgrunn i sosiologien, og ble i 1851 introdusert av Auguste Comte som en motsetning til egoisme. Hans kjente motto «å leve for andre» kan sies å være en ekstrem beskrivelse av begrepet (Gane, 2006). Empirien i denne studien tilsier at handling er sentralt, og det er derfor hensiktsmessig å definere altruisme som en handling. Altruisme som en handling eller oppførsel, er handlinger som går ut over aktøren, og som involverer andre-orienterte synspunkter. Hvis en handling er, eller tilsynelatende ser ut til å være motivert hovedsakelig av hensyn til andres behov i stedet for ens eget behov, kan den også kalles altruistisk. Aktøren trenger ikke å bevisst ha formulert en intensjon om å tjene den andre for at handlingen skal kunne sees på som altruistisk (Piliavin og Charng, 1990, s. 30). I denne studien blir altruismebegrepet aktuelt å trekke frem for å forklare de ansattes handlinger under koronapandemien.

#### 4.2. Symbolsk interaksjonisme

Mikrointeraksjonismen kjennetegnes av et aktørfokus og ansikt-til-ansikt samhandling, hvor den enkelte sees på som en aktiv deltaker i konstruksjonen og opprettholdelsen av den sosiale verden. Innen denne retningen fokuseres det særlig på de strategier og teknikker den enkelte tar i bruk når de deltar i konstruksjonen og opprettholdelsen av den sosiale verden (Aakvaag,

2008, s. 64). I dette prosjektet hvor jeg har særlig fokus på samhandling på mikronivå, ble det basert på mine empiriske funn naturlig å se i retning av symbolsk interaksjonisme, som er en hovedretning innen mikrointeraksjonismen. Betegnelsen symbolsk interaksjonisme ble innført av Herbert Blumer i 1938, hvor han særlig vektla betydningen av mening og interaksjon (Joas og Knöbl, 2013, s. 130). Symbolsk interaksjon sikter til egenarten i interaksjonen mellom mennesker, som består av at mennesker tolker eller definerer hverandres handlinger fremfor å bare reagere på dem (Blumer, 1962). Tankegangen i symbolsk interaksjonisme bygger på amerikansk pragmatisme, som la et visst trykk på handlinger og problemløsning, og er en videreføring av Chicago-skolen. Sentrale skikkelser i utviklingen av denne tradisjonen er blant annet George Herbert Mead, Charles Horton Cooley, Robert Park og William Isaac Thomas (Joas og Knöbl, 2013, s. 124-125).

Blumer (referert i Joas og Knöbl, 2013, s. 131) definerte symbolsk interaksjonisme med henvisning til tre premisser; (1) mennesker handler mot en gjenstand på bakgrunn av den meningen de tillegger objektet, (2) hvor meningen utledes gjennom interaksjon med andre, (3) og håndteres og modifiseres gjennom en fortolkende prosess som brukes av den enkelte i møtet med gjenstanden. Gjennom dette perspektivet forstår man i følge Blumer (1962) ikke en sosial handling som et produkt av de rammene som er satt av strukturene rundt. Strukturene er heller å forstå som et rammeverk for hvor handlingene finner sted. Et sosialt system setter betingelser for en handling, men bestemmer ikke selve handlingen. Gjennom dette perspektivet tilpasser aktøren sine handlinger gjennom en tolkningsprosess, hvor mening skapes i interaksjon med andre. Ved å tolke andres handlinger, gir aktøren handlingen en mening. I henhold til min forståelse av omsorg, er omsorg i denne forbindelse også å forstå som interaksjon.

Symbolsk interaksjonisme som et perspektiv har med andre ord fokus på handling og atferd. En sentral retning innen symbolsk interaksjonisme er tilknyttet følelser, og gjennom dette perspektivet er følelser en form for handling (Joas og Knöbl, 2013, s. 139; Leving og Trost, 2005, s. 18). Arlie Hochschild (2012) beskriver i «The Managed Heart» hvordan særlig serviceyrker innebærer emosjonelt arbeid. Med emosjonelt arbeid menes det å kontrollere eller undertrykker følelser for å presentere et akseptabelt bilde av seg selv (Hochschild, 2012, s. 7).

#### 4.2.1. Oppgavens rolleforståelse

Rollebegrepet er sentralt innen sosiologien. Før jeg går inn på hvilke teorier som har bidratt til utviklingen av rollebegrepet i denne studien, vil jeg først gi en kort innføring i rollebegrepet. I den sosiale strukturen har vi en posisjon, og denne posisjonen utsettes for forventninger fra andre for hvordan vi skal oppføre oss. Dette settet av forventninger utgjør en sosial rolle, som setter en ramme for våre handlinger. Hvis vi bryter forventningene eller normene for en rolle, kan vi bli møtt med negative sanksjoner. Når man i en posisjon besitter ulike roller og utsettes for ulike normsendere, omtales det som et rollesett. Hvis man i en rolle møter forskjellige forventninger, kan man oppleve konflikt i rollen, noe vi omtaler som en intrarollekonflikt. Ettersom vi har flere posisjoner og roller i den sosiale strukturen, kan vi møte motstridende forventninger til de ulike rollene som kan føre til en konflikt mellom rollene, noe som omtales som en interrollekonflikt (Schieffloe, 2017).

Når jeg senere introduserer en ny rolle, tar jeg utgangspunkt i at den ansatte i hjemmebaserte tjenester er innehaver av flere roller. Christensen (1998a, s. 71) peker på at man kan snakke om to forskjellige roller for omsorgsgiverrollen i hjemmetjenesten, som består av en omsorgsrolle og en arbeidstakerrolle. Omsorgsrollen relaterer seg på sin side til omsorgsmottakeren, mens arbeidstakerrollen relaterer seg til kollegaer og arbeidsgiver. For den ansatte finnes det særlig tre viktig normsendere til omsorgsgiverrollen, som er arbeidsgiveren, som representerer kommunen, kollegaene og omsorgsmottakeren, altså pasienten.

I arbeidet med å utvikle den nye rollen, ble det tydelig at Erving Goffmans og Meads begreper kunne bidra til å perspektivere mine empiriske funn. Goffman kan sies å ha et dramaturgisk perspektiv ved at han benytter elementer fra teaterverden i sine beskrivelser av den sosiale verden. En sosial rolle kan i følge Goffman (1974, s. 23) defineres som utøvelsen av de plikter og rettigheter som knyttes til en bestemt status. I denne oppgaven handler det om forventningene som ligger til grunn for handlingen de ansatte utfører i sin nye rolle. Samtidig defineres interaksjon i henhold til Goffmans terminologi som den innflytelsen andre har på en handling «når de befinner seg i deres umiddelbare fysiske nærvær» (Goffman, 1974, s. 22). Informantene i denne studien opplever at det ligger føringer for hvordan de skal leve livet sitt på fritiden, uten at de har blitt utsatt for eksplisitte krav om å gjøre annet enn det myndighetene har pålagt samfunnet generelt. Det blir derfor også aktuelt å trekke inn Meads

begrep om den generaliserte andre for å forklare hvordan denne forventningen skapes av den ansatte selv. Ifølge Meads teorier om selvet, lever vi ikke isolert. Tvert imot har vi i vårt eget hode en indre samtale, som kan være med oss selv, spesifikke andre, innbilte andre eller med den generaliserte andre. Den generaliserte andre er en sammenfatning av all slags mennesker, og når vi lurer på hva andre mennesker generelt ville tenkt, spør vi oss selv hva den generaliserte andre ville tenkt. Når vi får et svar, er det den generaliserte andre som svarer (Baldwin, 1986, s. 82). Gjennom den generaliserte andre ser vi med andre ord på oss selv gjennom den andres perspektiv, og gjennom den indre samtalen med den generaliserte andre blir vi i stand til å forstå mer universelle meninger (Baldwin, 1986, s. 102). Mead inndelte selvet i to deler, «jeg-et» som subjekt, og «meg-et» som objekt. «Jeg-et» er det som handler, og «meg-et» er delen som gjør at vi kan observere oss fra den generaliserte andres perspektiv. «Meg-et» er også et verktøy for selv-regulering og sosial kontroll, hvor den sosiale kontrollen vil avhenge av i hvilken grad den enkelte er i stand til å anta holdningene til de andre involverte (Baldwin, 1986, s. 115-117; 119).

Goffman (1974) setter et sentralt skille mellom frontstage og backstage. Frontstage sikter til der rollen utspilles, foran et publikum. Rent illustrativt kan vi betrakte frontstage som scenen rollen utspilles på. Backstage på den andre siden er det området bak scenen, hvor rolle- og handlingsrepertoaret tres ut av, borte fra publikum. Altså hvor man kan falle ut av rollen (Goffman, 1974, s. 96-97). Når vi får en ny rolle å fremføre, får vi i følge Goffman (1974, s. 66-67) som regel ingen instruksjoner for hvordan vi skal oppføre oss, og det som kreves av den enkelte er å kunne improvisere gjennom ulike uttrykk. Begrepet inntrykksstyring handler om å kontrollere de inntrykk andre får av oss. I interaksjon med andre kan det skilles mellom to uttrykk som gis av rolleinnhaver. De uttrykk rolleinnhaver gir sikter til de verbale, bevisste og intensjonelle uttrykkene som gis for å presentere et bilde av seg selv, mens de uttrykk som avgis sikter til uttrykk som andre oppfatter og som ikke var formidlet intensjonelt (Goffman 1974). I denne forstand kan vi forstå inntrykksstyring når de ansatte i kommunikasjon med andre gir uttrykk for hvordan de oppfører seg på fritiden, som ikke nødvendigvis stemmer overens med det de faktisk har bedrevet.

I dette kapittelet har jeg beskrevet mine teoretiske refleksjoner som jeg har gjort med utgangspunkt i min empirinære analyse, og i de følgende analysekapitlene vil jeg bruke teorien for å perspektivere empirien.

## 5. En ny arbeidshverdag

I de påfølgende kapitlene ser jeg nærmere på hvordan arbeidshverdagen og fritiden har blitt endret. Dette kapittelet tar for seg i hovedsak arbeidshverdagen under pandemien.

Informantene forteller om en arbeidshverdag som har blitt endret på flere måter etter utbruddet av pandemien. Det har oppstått nye utfordringer og endringer i arbeidsoppgaver for de ansatte, og de har blitt inndelt i ulike team for å begrense kontakten seg imellom, og mellom dem og pasientene. I en allerede hektisk hverdag, opplever de at de nå på grunn av økt smittevern har enda dårligere tid i møtet med pasienten. Smittevernet fremstår også som utfordrende i arbeidet grunnet den kroppslige kontakten de må ha med noen av brukerne. Lederne forteller at de ikke var forberedt på en pandemi, og at det var særlig krevende i starten.

### 5.1. «Vi har driftet utrolig bra»

Avdelingsleder Marianne og fagansvarlig<sup>9</sup> Vegard forteller om en krevende start på pandemien preget av mangel på smittevernsutstyr og mye usikkerhet. Marianne forteller at avdelingen hennes ikke var forberedt på en pandemi, og at de i starten måtte rasjonere.

*Altså, det, om vi kan si det negative, handler jo om den usikkerheten. Hva gjør vi nå? Sant, det blir jo veldig overveldende. Alt stenges ned, og ja, smitteutstyr, vi skal ha alt på stell, og vi er egentlig ikke klar for det. Vi hadde ikke tilgang til smittevernsutstyr til alle. Så måtte vi rasjonere, sant, på håndsprit og hansker. Det var ikke enkelt i starten. Vi fikk ikke levert varer når vi skulle, og ja, men man erfarer jo, og leveransene på utstyr kommer jo nå litt mer hyppigere enn i starten. Men det er jo fortsatt, vi må fortsatt drive å rasjonere litt innimellom.*

Avdelingene i kommunen omorganiserte driften av tjenestene ved å dele de ansatte inn i mindre team<sup>10</sup> for å blant annet forhindre større utbrudd ved eventuell smitte. Organisering av ansatte i mindre, ulike team har blitt gjort i store deler av landet for å sikre færre kontaktpunkter mellom ansatte og pasienter, men også mellom de ansatte (Helsetilsynet,

---

<sup>9</sup> Vegard forteller at stillingen som fagansvarlig tidligere het assisterende avdelingsleder, og informantene omtalte denne stillingen både som assisterende og fagansvarlig.

<sup>10</sup> Informantene omtaler gruppene de arbeider i som team, grupper og kohorter. Disse begrepene blir brukt om hverandre i analysen for bedre gjenspeiling av datamaterialet.



2020). Det virker imidlertid å være utfordrende å ha de de ansatte i ulike team. Ved å ha de ansatte i ulike team, fordeles et visst antall pasienter på hver gruppe. Dersom det da blir en karantene, vil det bli utfordrende å flytte pasienter og ansatte. I tillegg har morgenrapportene med de ansatte, som til vanlig har blitt gjort felles, nå blitt måttet gjort i hver gruppe, noe Vegard fremhever som utfordrende.

*Ja, det blir jo det, sant, alt skal jo fikses, sant, nå når vi deler oss inn i, rapporten hver morgen må jo være tre forskjellige steder. Sant, og hvis det kommer en karantene, så har vi jo et jæklig problem med omfordelingen av pasienter<sup>11</sup>, sant. Så arbeidsoppgavene har jo bare kommet på løpende bånd egentlig.*

Han frykter imidlertid ikke at det skal oppstå et problem i forbindelse med den nye organiseringen, ettersom de sitter i grupper med avstand, og har vært flinke til å overholde smittevernreglene på jobb. I tillegg ble det også opprettet en så kalt «pool» som avdelingene hadde muligheten til å låne ansatte fra, noe Vegard påpeker kunne bidra til å lette litt på en eventuell situasjon.

Til tross for at avdelingene ikke var forberedt på en pandemi, og at det til tider har vært utfordrende, forteller Marianne at driften har gått bra. Det er imidlertid de ansatte som er grunnen til at driften har gått bra sier hun, og mener de ansatte burde få mer anerkjennelse for dette. Hun sier hun er klar over at de ansatte har iverksatt tiltak utenfor arbeidsplassen, og tillegger dem mye av æren for at det har vært mulig å drifte.

*[..] Vi har jo faktisk klart å drifte opp mot normal drift hele tiden. Og det handler mye om de ansatte, hvor flinke de er, tenker jeg. Det handler om at de har klart å holde seg friske. Tydeligvis iverksetter de tiltak både privat, dog og som på jobb. Det tenker jeg, det er kjempebra. Vi har driftet utrolig bra.*

At de ansatte har holdt seg friske har gjenspeilet seg i sykefraværet. Både Marianne og Vegard forteller om et høyt sykefravær<sup>12</sup> i forkant av pandemien, men som har gått ned under pandemien. I starten var det en del usikkerhet blant de ansatte med tanke på når de kunne komme på jobb, men de har etter hvert tatt mer selvstendige valg knyttet til å holde seg hjemme ved milde symptomer. Noe Vegard fremhever er viktigheten av åpenhet på

---

<sup>11</sup> Samtlige i utvalget omtaler omsorgsmottakerne som «pasienter», selv om de også sikter brukergrupper som ikke har medisinske behov.

<sup>12</sup> Tall fra Helsedirektoratet (2019) viser et sykefravær i hjemmetjenestene på 11,5 prosent, og som har holdt seg stabilt på rundt 11 prosent siden 2007.

arbeidsplassen, slik at terskelen for å holde seg hjemme ved eventuelle symptomer er lav. Dette, sammen med gode og effektive testmuligheter, har bidratt til å stabilisere situasjonen. I forbindelse med det lave sykefraværet som begge lederne peker på, spør jeg om de ansatte kan føle seg presset til å komme på jobb. Vegard sier han tror de ansatte ønsker å stille opp på jobb i den krevende tiden, og at de gir mer av seg selv.

*Nei, vil ikke tro at folk har følt seg presset. Jeg tror jo det viser til at vi har valgt å jobbe med mennesker, og at folk er glad i jobben sin. Jeg føler jo at folk gir ekstra mye av seg selv. Sant, de ser mer pasienten. Hvis vi ser bort fra karantene, har sykefraværet gått ned i denne perioden. Ja, folk er mindre syk, folk er mer på jobb, folk, vil ikke si det presset, men folk føler kallet på å komme på jobb.*

Verken Marianne eller Vegard forteller at de selv har presset de ansatte, eller gitt dem beskjed om hvordan de skal oppføre seg på fritiden. Helsetilsynet (2020) presenterer i sin kartlegging at flere kommuner hadde bedt de ansatte om å være forsiktige på fritiden, noe også en artikkel på Sykepleien.no viser, hvor en avdelingsleder forteller at de ansatte ikke fikk lov til å gå i kollokviegrupper eller være med venner om de skulle jobbe der, hvor avdelingslederen fremhever viktigheten av å vite hvem som følger rutinene utenom jobb (Fonn, 2020). Til tross for å ikke ha gitt de ansatte krav, indikerer Marianne at det har blitt pratet om.

*Nei, jeg har ikke gjort det. Men det er jo klart, vi har jo snakket litt om det på personalmøter og sånn, at vi må kanskje tenke oss en ekstra gang om [...] Fordi vi kan ikke, vi kan ikke være sikre på at vi klarer å opprettholde reglene som er, og det er jo stor fare for en smitte.*

Som jeg vil komme inn på senere i oppgaven, opplever ikke de ansatte selv å bli fortalt av ledelsen hvordan de skal oppføre seg på fritiden. Hvorvidt de ansatte har blitt fortalt om å være forsiktige på fritiden eller ikke, viser en studie at sykepleiere generelt har jobbet mer under pandemien, på nye steder og fått nye oppgaver, noe som også gjelder for ledere (Melby m.fl., 2020). Studien viser også at ledere i tillegg har fått mer krevende oppgaver etter pandemiens utbrudd. Vegard forteller at arbeidsoppgavene som fagansvarlig har endret seg etter pandemien. Det har blitt flere ekstraoppgaver som går ut over hans egentlige oppgaver.

*[...] Vi kategoriserer jo pasientene våre ukentlig, på hvem vi kan droppe hvis noe skulle skje, og hvem som kan reduseres hjelp, og hvem som vi kan slutte å gå til helt. Så det er jo mye mer sånn, jeg merker jo det at jeg ikke får tid til å gjøre den jobben jeg egentlig skal gjøre ordentlig, på grunn av pandemien, og alle ekstraoppgavene som kommer [...] Jeg vet ikke hvor mange ekstra arbeidsoppgaver min stilling har*

*tilfalt etter at vi begynte med statistikkoppgjøring, alt mulig mas jeg skal gjøre. For de vanlige arbeidsoppgavene mine forventes å bli gjennomført på samme tid [..]*

Nye arbeidsoppgaver har for lederne gått på bekostning av de vanlige arbeidsoppgavene. Som vi har sett forteller Vegard at de har et stort problem hvis de ansatte blir smittet. Bildet lederne gir er at driften har gått fint mye på grunn av de ansatte, og bidrar til en forståelse av at de ansatte har vært en hjørnestein i opprettholdelsen av tjenestene.

## 5.2. Hvem er disse ansatte som holder hjulene i gang?

Med bakgrunn i at de ansatte har en nøkkelfunksjon i opprettholdelsen av tjenestene, blir det viktig å få et bilde av hvem disse ansatte er. For å forstå hvordan de ansatte selv oppfatter valgene de tar under pandemien, er det viktig å belyse deres orientering til arbeidet. I tillegg er det viktig i forståelsen av grunnlaget for en andre-orientering (se kap. 4.2.1.), som jeg finner er til stede hos de ansatte. Christensen (1998a, s. 238) skriver i sin studie at andre-orienteringen i hjemmetjenesten er høy, noe hun setter i sammenheng med at hjemmehjelperne i hennes studie er rekruttert fra den gamle husmor-generasjonen, og at deres andre-orienterte bevissthet er utviklet historisk som knyttet til husmorsrollen. Som pekt på tidligere (se kap. 2.2.), er ikke det å være husmor lenger kvinners primære oppgave, noe som aktualiserer å undersøke hvordan denne andre-orientering er til stede, når ingen av mine informanter virker å være sosialisert gjennom denne rollen.

Jeg velger å benytte meg av betegnelsen orientering til arbeid, fremfor å operere med de vanligste distinksjonene innenfor motivasjon, slik som indre, ytre og prososial motivasjon og tilfredsstillelse. En persons orientering til arbeid handler om den meningen han eller hun tillegger arbeidet sitt, og som får han eller hun til å tenke og handle på forskjellige måter med hensyn til arbeidet (Watson, 2017, s. 287-288). Informantenes orientering kjennetegnes av at de er særlig opptatt av andre mennesker, og foruten om tryggheten ved å ha jobb som eneste økonomiske motiv, fremheves ikke lønn av noen. Deres orientering til yrket går på tvers av yrkesgruppene gjennom fire dimensjoner som ble synlig gjennom det empiriske materialet; *subjektive følelser* ved at de liker mennesker og det givende ved å hjelpe andre, *forbilder* ved at de har hatt familiemedlemmer og andre i nære relasjoner innen helseyrker, eller opplevelser med yrkesgruppene som har fremstått som gode forbilder, *erfaringer* fra tidligere som går på at de har «forelsket seg i yrket» gjennom erfaring fra praksis eller lignende arbeidssituasjoner,

og *tilfeldigheter*. I tillegg fremstår de personlige egenskapene *tålmodighet* og *omsorgsfull* som viktige for informantene i yrkesutøvelsen.

Det mest fremtredende orienteringsgrunnlaget som fremkommer av empirien, er orientering som baserer seg på informantenes subjektive følelser. Flere av informantene forteller at de valgte yrket sitt fordi de er glade i mennesker, og hadde et sterkt ønske om å jobbe med mennesker. Informantene sier det er givende å se at de gjør en forskjell. Emilie som er sykepleier baserte valget sitt på at hun liker mennesker, og ønsket å gjøre en forskjell. Også Amal som er sykepleier, og Lena som er helsefagarbeider, baserte valget utelukkende på sine subjektive følelser. Emilie forteller at hun trives svært godt i hjemmetjenesten, noe hun begrunner med relasjonen hun får til pasientene.

*I hjemmebaserte tjenester så blir man jo mye bedre kjent med pasientene og. Man går jo til de hver dag, i hjemmet deres. Litt annerledes enn å ha de som pasient på sykehus for eksempel.*

Flere av informantene fremhever pasientarbeidet som det de liker best med jobben, og det å bli kjent med pasienten. I møtet med pasienten forteller flere at egenskapen «å være omsorgsfull» er viktig. Dette er en egenskap de ikke bare mener er viktig, men som de også selv mener å besitte. Sykepleierstudenten Sofie peker på hvordan denne egenskapen både er forankret personlig og profesjonelt.

*[..] Det er absolutt en fordel å på en måte ha medmenneskelighet og ha kapasiteten til å vise omtanke for pasientene som vi er borti. Og jeg har alltid kjent veldig på det, at jeg har et behov for å ta vare på folk. Og, ja. Kan vell kanskje si at jeg føler meg både personlig og yrkesmessig at jeg har omsorg som en veldig høy, høyt på min liste over verdier som er viktig for meg [..]*

Kristine som er sykepleier sier at hun er svært omsorgsrettet, og sier at det er viktig å komme på jobb hver dag med en holdning som tilsier at hun skal være hyggelig og utøve omsorg. Hun baserte også valget om å bli sykepleier på sine subjektive følelser, og for henne var det aldri et spørsmål om hun skulle bli sykepleier.

*Jeg har egentlig alltid sagt at jeg skal bli sykepleier og har aldri hatt noe godt svar på når det oppstod, eller hva som gjorde at jeg valgte det, men jeg har alltid visst at det var det jeg skulle gjøre. Så det var, det var aldri noe alternativ. Det var ikke sånn at jeg måtte tenke meg om på hva jeg skulle studere. Det var liksom bare bestemt.*

Denne tankegangen var til stede også hos de som ikke kun baserte valget på sine subjektive følelser. Informantene som hadde forbilder de så opp til, fortalte også at de alltid hadde visst at dette var retningen de ville gå. Anna som er sykepleier, baserte valget sitt på både subjektive følelser og forbilder. Hun har en tante som er sykepleier, og det var gjennom tanten hun åpnet øynene for yrket. Det kan virke til at forbildene kommer med anbefalinger og forteller om yrket på en slik måte at de ansatte ønsker å tre inn i samme yrke. Edita som er helsefagarbeider forteller at hun valgte å bli helsefagarbeider etter at hennes svigermor, som er sykepleier, fortalte om yrket og arbeidshverdagen. På bakgrunn av historiene til forbildet, sammen med hennes subjektive følelser, ønsket hun å teste ut arbeidshverdagen som helsepersonell ved å bli helsefagarbeider. Etter at hun begynte utdanningen og fikk sin første jobb, fant hun ut at hun likte arbeidet. Hun baserte derfor fortsettelsen også på erfaringene hun fikk.

Noen av informantene baserte valget på en kombinasjon av både subjektive følelser, erfaringer og forbilder, deriblant sykepleierstudenten Sofie og sykepleieren Nora. Sofie har en mor som er sykepleier, og baserte valget delvis på grunn av henne, subjektive følelser og erfaringen hun fikk gjennom en sommerjobb i hjemmesykepleien. Også Nora baserte valget på denne kombinasjonen, men hadde også andre forbilder enn de øvrige informantene forteller. Forbildene kan sies å også være helsepersonell som de tidligere har vært i kontakt med og som har blitt opplevd som gode forbilder. Nora forteller at hun hadde to tanter som anbefalte henne denne yrkesretningen. I tillegg har hun opplevd en del dødsfall i familien, hvor de avdøde har hatt gode sykepleiere rundt seg.

*[..] Jeg likte veldig godt å jobbe på sykehjem. Jeg synes det var veldig kjekt å hjelpe folk og bidra til at folk har det bedre, og kunne hjelpe de i hverdagen og sånn. Også har jeg jo veldig, jeg har en tante, nei to tanter som er sykepleiere, som anbefalte meg det da. Var egentlig inne på fysioterapeut og ergoterapeut og masse sånn, men så fant jeg egentlig ut at jeg i lag med de (tantene), og hadde jobbet på sykehjem at jeg ville gjøre det da. Også har jeg fra tidligere, så har jeg hatt masse dødsfall i familien som ja, har hatt gode sykepleiere rundt seg*

Sitatet illustrerer godt hvordan de subjektive følelsene, forbildene og erfaringene har bidratt til at hun valgte dette yrket. For noen av informantene vektlegges erfaringene tyngre enn hos andre. Vegard som har blitt introdusert som fagansvarlig, jobber også med pasientarbeid. Han er utdannet sykepleier med videreutdanning i akuttmedisinsk sykepleie, og forteller at grunnen til at han valgte utdanningen var basert på erfaringen han fikk etter å ha jobbet med

sanitet som offiser i Forsvaret. I tillegg var valget i stor grad basert på hans subjektive følelser. Skjøstad m.fl. (2019) peker på at studier har vist at menn ofte er eldre enn kvinner før de blir sykepleiere, og at de i større grad både har generell og relevant arbeidserfaring før de begynner på studiet, noe som kan tyde på at valget om å bli sykepleier oftere er gjennomtenkt og basert på tidligere erfaring. Empirien i denne studien tilsier at det kan være en kombinasjon hvor også følelser spiller inn i yrkesvalget.

Helsefagarbeiderlærlingen Susanne baserte også valget på subjektive følelser, men det var hovedsakelig erfaringen som ledet henne inn på utdanningen. Hun forteller at hun ble forelsket i yrket gjennom erfaringene hun fikk etter å ha jobbet i et sykehjem. Det som holder henne i yrket baserer seg likevel mest på hennes subjektive følelser.

*Det er egentlig når du, jeg vet ikke, når jeg går til pasienter, så blir de skikkelig glad av å se meg. Gjør dagen deres bedre, at de smiler og ler. Jeg synes det er det beste, å gjøre folk glad. Å jobbe med mennesker, hjelpe de, føle at jeg faktisk gjør noe som hjelper en annen person da.*

Følelsen av å gjøre noe godt, holder særlig helsefagarbeiderlærlingene i yrket, uavhengig av inngang til yrket. Arne som også er helsefagarbeiderlærling, forteller om en litt annen inngang til yrket en de andre informantene. Denne dimensjonen er basert på tilfeldigheter. Han hadde i utgangspunktet startet på bygg- og anleggsteknikk, men måtte endre studieretning på grunn av at han har astma og allergier, og det derfor ikke fungerte for ham å være rundt så mye støv. Dette ledet han over på helsefag som var hans andrevalg, og han var interessert i å teste det ut. Nå trives han svært godt fordi han opplever arbeidet som en givende jobb, og fordi han har god kommunikasjon med de andre på jobben som er på hans egen alder.

Også helsefagarbeideren Julia sier hun havnet i yrket ved en tilfeldighet. Hun hadde i utgangspunktet startet på kokkelinjen på videregående, men tok allment påbygg og arbeidet etter videregående som hovmester på et serveringssted. Etter at hun ikke fikk 100 prosent stilling ved serveringsstedet, ble hun anbefalt hjemmetjenesten av en venninne som selv jobbet i hjemmetjenesten, og etter hvert ble hun ansatt som assistent. Gjennom erfaringene hun fikk som assistent, oppdaget hun at det var selvfølgelig dette hun ville drive med, og bestemte seg for å bli helsefagarbeider gjennom voksenopplæring. Det som holder henne i jobben baserer seg på hennes subjektive følelser, og at hun har knyttet et sterkt bånd til sine pasienter. Hun forteller at hun synes det er gøy å høre om folks livshistorier og hva de har gått

gjennom, og mener det er viktig å bry seg om alle hun møter i jobben uavhengig av kjønn, kultur og religion. Videre fremhever hun at det er viktig å sette seg inn i personen man jobber med.

*At man ikke bare gjør jobben sin, men setter seg inn i personen man jobber med da.*

Dette vitner om en andre-orientert bevissthet, ved at hun opplever det som viktig å sette seg inn i pasienten for å utøve god omsorg. Denne andre-orientering er synlig hos flere av informantene, ved at de vektlegger viktigheten av å se hele pasienten. Sykepleierstudenten Sofie forteller også at det er viktig å behandle alle pasienter som likestilte. Senere i oppgaven vil jeg nærmere diskutere hvordan Sofie havner i et dilemma som sykepleierstudent under pandemien, hvor hun må gjøre et valg mellom seg selv og pasientens beste. Sofie fremhever at det er viktig å kunne legge bort sine egne tanker i omsorgsmøtet.

*Jeg tenker at man må, man må gå inn i det med en sånn holdning om at man ikke skal la sine personlige tanker og meninger og holdninger om spesifikke tema begrunne hvordan du utøver sykepleie til pasienter. At man må legge til side sine personlige meninger om ting, for å kunne se en pasient og den situasjonen, heller en dens meninger og tanker om noe som du kanskje er uenig med [..]*

Det å være fokusert på pasienten i omsorgsmøtet er viktig for informantene. Med å være fokusert på pasienten, innebærer det å legge bort egne tanker. Edita forteller at hun må kontrollere følelsene sine for å kunne fokusere kun på pasienten i omsorgsmøtet.

*Ja, altså, det er liksom, det er veldig viktig da at jeg skal vise empati, og så liksom hvis jeg har en dårlig dag, at jeg ikke skal vise det til de på en måte. Om vi har det travelt liksom, du må bare kunne forlate alt som skjer med deg på en måte, også tenke kun om de. Og så ja, det er veldig viktig å vise respekt, sant, også ja. Og hjelpe de på best mulig måte.*

Å ha fokus på pasienten innebærer med andre ord å kontrollere egne følelser. Omsorgsmøtet innebærer også å uttrykke de riktige følelsene i møtet med pasienten. Arne forteller at det er viktig hvordan de møter pasientene, og at man må tilpasse seg pasientene i omsorgsmøtet ved å presentere forskjellige uttrykk til de ulike pasientene.

*Man må jo ha veldig, være flink å snakke med pasientene sine. Du møter jo masse forskjellige mennesker på en dag. Så du kan ikke være den samme personen hos alle personer, sant. Så tilpasse deg, og sanne ting.*

Ved å anvende Hochschilds definisjon (2012, s. 7), bedrives det emosjonelt arbeid ved at de ansatte undertrykker sine egne følelser i omsorgsmøtet, slik at de kan presentere et akseptabelt uttrykk til pasientene. I en britisk studie over hvordan sykepleiere kontrollerer sine uttrykk overfor pasientene, vises det hvordan sykepleierne er i stand til å vise flere uttrykk, hvor det profesjonelle, smilende og humoristiske ansiktet er uttrykk sykepleierne mener er viktig i deres møte med pasientene (Bolton, 2001).

At det bedrives emosjonelt arbeid gjenspeiles i de viktige egenskapene informantene mener er viktig. Som jeg har vært inne på, nevner flere at det er viktig å være omsorgsfull. I tillegg nevner samtlige informanter at tålmodighet er viktig. Tålmodigheten informantene sikter til virker å være en strategi i omsorgsmøtet som baserer seg på tanken om å legge bort egne tanker. Dette virker å ha sammenheng med vanskelige pasienter, som jeg kommer nærmere inn på senere i oppgaven. Eksempelet med Anna illustrerer hvordan tålmodigheten som strategi er viktig i møtet med pasienter som gjerne ikke er så hyggelige.

*Ja, du må jo, du må jo være omsorgsfull tenker jeg, for å kunne ha en sånn jobb. Eh, tålmodig. Du møter jo mennesker i ulike situasjoner, og de, ja, det er jo ikke alltid sånn at de gjerne er så hyggelige mot deg, selv om du prøver å hjelpe og være snill, sant. Så du må ha den tålmodigheten, det tror jeg er viktig. For det er lett å ta ting personlig. Og det kan du jo ikke gjøre. I et sånt yrke. Så tålmodig må du absolutt være, omsorgsfull, glad i mennesker. Ja. Selvstendig og tenker jeg. Man må ta mye vanskelige beslutninger iblant.*

Som vi har sett i dette kapittelet går informantenes orientering til yrket på tvers av yrkesgruppene gjennom subjektive følelser, forbilder og erfaringer. Imidlertid er det bare helsefagarbeider Julia og helsefagarbeiderlærling Arne som i mitt utvalg har havnet i yrket ved en tilfeldighet. Det at de ansatte vektlegger de personlige egenskapene som å være omsorgsfull og tålmodig som viktig i yrkesutøvelsen, i tillegg til det å kunne sette seg inn i pasienten, indikerer at omsorgsrasjonalitet er en viktig del av hvordan omsorgsarbeidet utføres, og at de ansatte har en andre-orientert bevissthet.



### 5.3. Arbeidshverdagen etter koronapandemien

Etter utbruddet av pandemien har informantene opplevd endringer i både arbeidsoppgaver og utfordringer knyttet til arbeidet. Som jeg har vært inne på tidligere utfordres prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenestene når ressursene blir knappe. Kommunene har lenge vært presset på ressurser, noe som har blitt forsterket under pandemien (se kap. 1.1.). Jeg vil i dette kapittelet gå inn på hvordan informantene har opplevd arbeidshverdagen etter pandemiens utbrudd.

#### 5.3.1. Kategorisering

Som jeg finner gjennom min analyse, har avdelingene måttet kutte tilbud til pasienter og brukere under pandemien. De ansatte forteller om perioder hvor antallet pasienter har blitt kraftig redusert. En del av den nye arbeidshverdagen har bestått i å kategorisere pasientene etter behov. I utgangspunktet følger helsetjenesten tre prinsipper når de skal prioritere; nytte, alvorlighet og ressurser. Å anvende nyttekriteriet betyr at å dekke basale behov og opprettholde livskvalitet blir prioritert foran mestring og funksjon. Alvorlighetsprinsippet går ut på å prioritere dem med de mest alvorlige sykdommene. Å anvende dette kriteriet vil derfor være å prioritere de med de mest målbare behovene, fremfor å dekke for eksempel psykososiale behov. Ressurskriteriet skal sees i sammenheng med de to andre kriteriene, men vil alltid være viktig. Alder i seg selv skal ikke være et kriterium (Heggstad m.fl, 2020). Som jeg har vært inne på tidligere, fremhever fagansvarlig Vegard at de ukentlig har kategorisert pasientene, noe som i starten ble gjort i fellesskap med alle de ansatte. Etter hvert som smittetrykket har økt, har han hatt ansvaret for å gjøre det alene.

*[..] Denne gangen her, siste gangen så er det jeg som har gjort det selv. På grunn av at nå er smittetrykket høyere, og vi må være mer realistiske på hvem som faktisk skal få hvis det skulle smelle. Dette er jo kun hvis det blir smitte i vår avdeling, blant ansatte, og vi mister plutselig over natten 10 (personer) i 100 prosent stillinger. Hvis vi mister et helt dagskift, som er 12-13 personer, så må jo vi. Da har vi ikke sjans til å opprettholde tjenestene.*

Det blir dermed bare hans vurdering på en så viktig beslutning. Som sitatet indikerer kan det oppstå situasjoner som gjør at noen pasienter må prioriteres, noe som gjør at de med mest akutt behov får tilgang til helsehjelp om det skulle bli et utbrudd. Med tanke på at Vegard sier

at de må være mer realistiske, kan det tenkes at beslutningen individualiseres på grunn av at de ansatte har forskjellige oppfatninger av pasientenes behov, som baserer seg på den tause kunnskapen som har blitt utviklet i det andre-orienterte omsorgsmøtet (Christensen, 1998b). Det er imidlertid ikke bare ledere som har fått ansvaret for å kategorisere pasientene. Sykepleieren Nora, som til vanlig ikke har et overordnet ansvar på arbeidsplassen, forteller at hun har fått mer ansvar for å rangere pasientene ut ifra hva som er nødvendig helsehjelp i sin gruppe. Hun forteller om en periode med kaos på jobb i perioden mars til mai 2020, hvor hun følte at hun fikk mer ansvar. Det var få på jobb, og hun måtte på et tidspunkt sitte som leder når både leder og fagansvarlig var på hjemmekontor. Næss og Tønnesen (2020) peker også på at flere sykepleiere har opplevd å få mer ansvar for lederoppgaver etter pandemien, grunnet ledere som sitter på hjemmekontor. *Nora* sier hun har måttet ta vanskelige beslutninger i kategoriseringsarbeidet.

*[..] Det er litt sånn, det er jo egentlig det som jeg føler mest ansvar overfor er jo denne pasientdelen da. Om hvis vi får et utbrudd, hvem skal få hjelp hvis vi ikke har nok hjelp til at alle skal, og sånne ting da. Det er litt sånn, ubehagelig, for du skal, eller jeg skal sitte med det å rangere pasientene ut ifra ... Egentlig så, alle trenger jo hjelp, det er jo en grunn til at vi går der, sant.*

Noe som blir tydelig, er at noen får ansvaret for å prioritere pasientene alene basert på hva som er nødvendig helsehjelp. Dette oppleves som vanskelig når samtlige av pasientene og brukere i utgangspunktet har behov for hjelp. Nora forteller at det særlig i perioden hun omtalte som kaos var svært redusert med hvem som fikk hjelp. Hun forteller om en hverdag hvor pasientene gjerne fikk hjelp 3 ganger i uken fremfor hver dag. Dette bedret seg med tiden, slik at alle etter hvert fikk nødvendig helsehjelp igjen. Etter et nytt utbrudd i september 2020, måtte pasientene igjen kategoriseres. I denne perioden fikk ingen hjelp til dusj, noe også Lena forteller, men at også støttestrømper er en type oppgave som blir bortprioritert. Slik vi kan forstå dette, blir de medisinske og mest akutte, målbare behovene dekket når smittetrykket er høyt, og blir prioritert foran hjelp til mestring og funksjon, samt psykososiale behov.

Det kommer frem at avdelingene må gjøre vanskelige prioriteringer under pandemien, og viktige ansvarsoppgaver blir sendt nedover i hierarkiet. Kategoriseringen går ut på å vektlegge de med størst behov, noe som kan føre til at sosiale omsorgsbehov må fravike. I det

neste delkapittelet vil jeg se nærmere på hvordan de ansatte opplever tiden de har til å gjøre oppgavene sine under pandemien.

### 5.3.2. Smittevern – en tidstyv?

Det har i lang tid vært en tendens i Norge å vektlegge helserelatert omsorg, som for eksempel sårbehandling og gi medisin, noe som har ført til at sosiale omsorgsbehov har blitt karakterisert som en blind flekk. Den sosiale omsorgen gis gjerne i form av for eksempel dagsenter, og sosial omsorg i tjenestene blir på mange måter ekstraarbeid for de ansatte i hjemmetjenesten. Dette har bakgrunn i at det kun er de oppgavene som er fattet i vedtak som blir gjennomført, noe den sosiale omsorgen ikke er til tross for at den er viktig i det helhetlige tilbudet (Munkejord, Schönfelder og Eggebø, 2017; 2018).

Som jeg har vært inne på tidligere er pasientkontakten det de fleste liker best med jobben. Etter pandemiens utbrudd har det imidlertid oppstått nye tidsutfordringer, som har ført til at de ansatte har fått dårligere tid til å vie oppmerksomhet til pasientene. Det har gått ekstra tid på at de ansatte må være forsiktige med hygiene, sprite seg før de tar på seg munnbind på riktig måte, for så å sprite seg igjen før de går inn til pasienten. I tillegg skal bilene sprites. Hvis det er risiko for smitte, må ekstra smittevernutstyr tas i bruk. Inne hos pasienten betyr det at tiden som går til smittevern, gjør at de bruker lenger tid på hvert pasientbesøk. Vegard peker på at oppklodning, munnbind, sprit og hygiene tar tid, i tillegg til avfallssortering, i den forstand at de ikke kan kaste munnbind hvor som helst etter bruk. Til tross for at de ulike forholdsreglene isolert sett ikke tar så lang tid, tar det små sekunder hele tiden, og det tar totalt sett lenger tid med mange små arbeidsoppgaver i tillegg. Under pandemien har også transport blitt en tidstyv på grunn av smittevernsrestriksjoner, noe Vegard mener har sammenheng med det store geografiske området de dekker.

*[..] Også er det transport, ikke minst transport. Med tanke på at nå har vi fått voldsomme restriksjoner på antall personer i bilen ... Vi har jo et ekstremt stort geografisk område som vi har. Også har vi vekslet mellom å ha 4 til 5 biler. Sant. Også har vi veldig mange doble oppdrag, der det er 2 personell som går til en pasient, som er lange oppdrag, og når du da får restriksjoner på å sitte i bilen sammen med hverandre, så blir det til at en person kjører på et dobbeltoppdrag til et annet et, så må den andre gå. Så da må den andre stå og vente på den tiden som kollegaen bruker på å gå. For når du har et geografisk område som strekker seg på rask 3 kilometer gange, så tar det litt tid. Så den, det og e jo en veldig tidstyv, transportmulighetene.*

Et resultat av at det går mer tid til smittevern, er at tiden inne hos pasientene blir mindre, som går ut over interaksjonen med pasienten og de «egentlige» oppgavene. Emilie forteller at tidsutfordringene har blitt større etter pandemiens utbrudd, og hun skulle ønske at det var mer tid inne hos pasientene.

*Man skulle jo ønske at man hadde mer tid hos de forskjellige. For de har jo veldig lyst å sitte og snakke, og i hvert fall nå for tiden så er vi kanskje de eneste som kommer hjem til dem.*

Informantene opplever at flere av pasientene er mer ensomme under pandemien, noe som berører dem. Flere av de som mottar kommunale hjemmetjenester bor alene, og forskning viser at flere av de som bor alene føler seg ensomme eller isolerte (Munkejord, Schönfelder og Eggebø, 2017, s. 25). Når de ansatte har dårlig tid, merkes dette på pasientene. Helsefagarbeiderlærling Arne forteller at pasientene ikke er fornøyde når de ansatte har dårlig tid, og at de ikke setter pris på at de kommer inn, gir tabletter og så løper videre igjen. Han opplever at pasientene liker å snakke, spesielt de som er ensomme. Emilie mener at de som er ute og driver pasientarbeid burde bli mer lyttet til, for det er de ansatte som ser hvordan pasienten har det.

*Ja altså, det er jo, nå er det jo mer vi som er ute i feltet som ser hvor mye tid vi må ha der, og hvor mye tid vi må ha der [...] Kanskje spesielt i det siste, så er det jo mange som er ensomme og får ikke dra på dagsenteret sitt for eksempel like mye som før. Så man kjenner jo på det, at man gjerne skulle vært der lenger.*

Også Kristine opplever at de ansatte ikke blir lyttet til, og sier at det er noe annet å sitte inne på kontor enn å være ute i feltet. Hun mener at de ikke kan ha samme forståelse for hvordan det er i deres situasjon, og føler at hun har faglig kunnskap nok til å kunne ta avgjørelser ute selv.

*Også har jeg jo og følt mye på at ting vi sier og mener ikke alltid får gehør. Og at valg blir tatt litt over hodet på oss. Og det har jeg jo gitt beskjed om at det synes jeg ikke er greit. Og jeg synes at vi som sykepleiere, vi er absolutt, vi har absolutt nok faglig kunnskap til å ta avgjørelser og være med på å avgjøre ting som, som ja, dreier seg om vår arbeidshverdag da. Og at de må ha gehør for det [...]*

Tidspresset har ført til at de ansatte har mindre tid til å gi pasientene den oppmerksomheten de kanskje hadde trengt. For noen kan dette resultere i dårlig samvittighet, slik som eksempelet

med Susanne viser. Hun opplever at det har blitt mindre tid under pandemien, og at det noen ganger er svært dårlig tid inne hos pasientene.

*Altså, noen ganger føler jeg at det går veldig fort, at jeg ikke har tid til å sette meg ned å snakke med dem. At jeg må liksom gå med en gang, selv om de har lyst til å snakke. Så av og til er det ganske travelt, og da får jeg litt sånn, av og til dårlig samvittighet for at jeg ikke har tid til å snakke med dem, og sette meg ned og...*

Travelheten som har oppstått under pandemien, har ført til at de ansatte har måttet være mer effektive, noe Edita og Kristine problematiserer. Edita opplever at de må bruke mindre tid inne hos pasientene når det er travelt, for å ikke bli forsinket til de andre pasientene. For å kunne rekke alle pasientene, må de derfor gjøre det de skal og gå videre. Kristine har opplevd at det har vært flere oppgaver som skal ha blitt gjort på en gang, og at de har måttet være effektive for å ikke overføre så mye arbeid til de som kommer på neste skift. Hun er særlig opptatt av hvordan pasientene opplever tjenestene i de hektiske periodene.

*[..] Det er noe med den helheten pasientene skal oppleve. Når det er hjemmebaserte tjenester, så er jo vi, for noen er vi jo veldig stor del av hverdagen, og for andre veldig liten del av hverdagen.*

For å håndtere den dårlige tiden, sier helsefagarbeiderlærling Arne og sykepleierstudent Sofie at de må være gode å planlegge arbeidsoppgavene sine. Under pandemien har dette blitt mer utfordrende, for om man får en for lang liste<sup>13</sup> med pasienter, kan man ikke spørre om hjelp fra ansatte som er plassert i andre grupper. Av den grunn må de bortprioritere noen av oppgavene. Sofie sier at helheten av tjenestene blir bortprioritert i forhold til tiden og prosedyren som skal utføres.

*[..] Du har som oftest for dårlig tid, og det er jo veldig mange prosedyrer og sånne ting som bare skal ta et kvarter, men så har gjerne pasienten behov for å snakke om noe. Vi skal se helheten i pasienten og pasientenes situasjon, ikke bare den prosedyren vi kommer dit for å utføre i utgangspunktet [..]*

For å kunne oppfatte pasientens behov, kreves det at den ansatte har tid til å oppfatte dette behovet. Med økt arbeidsmengde, endringer i organisasjonen og flere forstyrrende elementer, finner jeg at mulighetene for omsorgsrasjonalitet og andre-orientering er begrenset under pandemien, for omsorgsmøtet får ikke nødvendig ro. Møtet med pasienten må få ro for at

---

<sup>13</sup> Listen sikter til listen over pasienter de skal besøke i løpet av en vakt.

andre-orienteringen skal være mulig (Christensen, 1999). Disse nye tidstyvene som et resultat av smittevern, gir også konsekvenser og ringvirkninger slik som sterkere prioriteringer og mer dominans til helserelaterede oppgaver, sammenliknet med sosiale oppgaver. Når tiden blir knapp blir de sosiale oppgavene bortprioritert, ettersom de oppfattes som mindre akutte, og står i kontrast til den viktige betydningen informantene tillegger dette. Tone Glad (2019) skriver at det største hinderet for at hjemmesykepleiere skal oppleve arbeids glede, er den mangelfulle kontakten med pasienten, som begrenses gjennom tidspress og travelhet. I denne studien begrenses det mine informanter liker best med arbeidet, nemlig pasientkontakten, gjennom nye tidstyver. At informantene selv peker på hvordan tidstyvene går ut over pasientene ved at de blir ensomme, tyder på at de ansatte burde bli lyttet til, og at den sosiale omsorgen burde bli prioritert under en pandemi.

### 5.3.3. Den utrygge pasienten

Som vist i det forrige avsnittet, opplever informantene at noen pasienter er mer ensomme under pandemien. Næss og Tønnesen (2020) finner det samme. Sykepleierne i deres studie sier at pasientene føler seg dobbelt utsatt, med tanke på at de er både syke og gamle. De er redde for smitte, og av den grunn isolerer de seg og tar ikke imot besøk. Til tross for at de ansatte har fått dårligere tid, hvor den sosiale omsorgen og de mindre oppdragene nedprioriteres, fremstår det som at det har vært et behov for å være lenger inne hos pasientene.

I tillegg til økt fokus på smittevern, har det under pandemien oppstått et nytt omsorgsbehov hos pasientene. De er utrygge. Flere av informantene forteller at pasientene frykter viruset, noe Susanne er tydelig på når hun sier at de er «livredde». Edita opplever at pasientene blir skremt av alt smittevernutstyret, noe som indikerer at smittevernutstyret kan ha en innvirkning på pasientenes frykt. Denne frykten har medført hyppigere besøk til pasientene. Sofie forteller at de ansatte oftere må på besøk til pasienter fordi de er bekymret og engstelige for om de har fått korona. Dette omsorgsbehovet blir dekket gjennom at de ansatte i større grad beroliger og gir trygghet til pasientene, som følgende sitat av Emilie illustrerer.

*Det går jo veldig på, det jeg merker er at jeg må trygge veldig mye mer. Pasientene føler seg veldig utrygge. Ja, trygging går det mye i for tiden. Og de er usikre i forhold til hvor mange som kommer, er du, og ja...*

Som vi har sett tidligere, gjøres det prioriteringer i hjemmetjenestene under pandemien, hvor sosiale omsorgsbehov ikke blir prioritert. Det oppstår derfor et viktig dilemma for den ansatte når dette nye omsorgsbehovet oppstår, ved at tiden begrenses ytterligere hos pasientene om dette behovet blir prioritert.

## 5.4. En uforutsigbar hverdag

Informantene forteller om en arbeidshverdag som i større grad har blitt preget av uforutsigbarhet og utfordringer som følge av pandemien. I tillegg til tidsutfordringene, fremheves vanskelige pasienter som en utfordring både før og under pandemien, men som har blitt forsterket under pandemien. De peker også på smittevernsrutiner som er vanskelige å etterleve.

### 5.4.1. Den vanskelige pasienten

I noen tilfeller oppstår vanskelige situasjoner der pasientene ikke lytter til de ansatte. Dette gjelder både pasienter de kjenner godt til, men også nye pasienter. En viktig forutsetning for at det andre-orienterte møtet skal finne sted, er at pasienten har respekt for det arbeidet de ansatte gjør (Christensen, 1998a, s. 235). Som Edita påpeker kan ukjente pasienter være utfordrende, ettersom det er vanskelig å vite hva de kan forvente. Flere av informantene forteller om pasienter som ikke vil ha hjelp, og at dette kan være utfordrende. Dette samsvarer med tidligere forskning som har vist at det kan være tidkrevende og komplisert å utøve sykepleie når pasienten ikke vil ta sine medisiner eller motta hjelp (Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015). Det er flere situasjoner de ansatte sier kan være utfordrende, men det mest fremtredende er de som ikke vil motta hjelp. For noen kan dette oppleves som belastende, slik som eksempelet med Emilie viser.

*Kanskje det er noen som vil ha mer hjelp som du ser at egentlig kunne hatt mindre, kanskje det er noen som ikke vil ta imot så mye hjelp, som du ser at burde hatt mer hjelp. Så det er jo utfordrende, du ønsker jo å hjelpe med det du kan. Så ja, det kan være litt psykisk utfordrende.*

I de situasjonene hvor pasientene oppleves som vanskelige, kan møtet med pasienten bli mer utfordrende. Susanne synes det er vanskelig å ta styringen med pasienter som kan være vanskelige og ikke vil ha hjelp. Hun opplever at hun noen ganger må sette foten ned, men sier

at det kan være vanskelig å ta styringen. Hun lar derfor pasienten ofte bestemme. Michaelsen (2011) finner i sin studie om sykepleieres forhold til såkalte vanskelige pasienter, at overtalelse, kompromiss og unngåelse er strategier som benyttes i møtet med vanskelige pasienter. Som Susanne sier, lar hun ofte pasienten selv bestemme, men indikerer at dette skjer etter først å ha prøvd. Å måtte drive med overtalelse kan for noen oppleves som krevende, noe sitatet med Nora viser.

*[..] Det er veldig vanskelig å skulle på en måte, du vet at pasienten trenger hjelp til omtrent alt, men så får du ikke lov til å hjelpe til mer en halvparten da. Og så kan vi på en måte ikke tvinge de heller. Så da blir det liksom, da forsøker du så godt du kan. Det er ganske krevende å stå i, hver dag, å prøve å få hjelpe folk som ikke vil det.*

Dette samsvarer med det bildet Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) presenterer når de skriver at sykepleiere ofte følte de måtte tvinge seg inn på pasienter. Som jeg har vært inne på tidligere viser mitt materiale at tålmodighet er en viktig egenskap i møtet med vanskelige pasienter, og at arbeidet er preget av emosjonelt arbeid. Som Arne forteller er det viktig å kunne tilpasse seg pasienten.

*Ja, altså det er jo selvfølgelig å måtte tilpasse deg forskjellige pasienter. Du kan ikke komme inn med en helt annen energi når du kommer inn dit, for det kan være noe helt annet når du kommer inn dit.*

Møtet med pasienten kan med dette forstås som uforutsigbart, ved at de ansatte ikke vet hvordan den neste situasjonen vil bli. Derfor må de ansatte ta i bruk ulike strategier i møtet med vanskelige pasienter. For noen av informantene er det også en utfordring at pasientene bor hjemme. Noe som påpekes er hus som ikke er tilrettelagt i stor nok grad for at en pasient skal kunne bo der. At pasienten bor hjemme kan bidra til at pasienten blir vanskelig, noe Sofie fremhever, som også er noe todelt i hva hun tenker om at pasientene bor hjemme.

*Ja, jeg tenker i mye større grad så er det vanskeligere å få på en måte en enighet mellom pasient og pleier. I noen situasjoner. Altså, det er noen pasienter som er veldig sikker i sin sak på hva de har lyst til, og det er jo det som er så fint med hjemmesykepleien, at man kan på en måte, man er i sitt eget hjem, og kan derfor føle gjerne at det ikke er så stor maktforskjell der. Men samtidig så er det flere ganger vi opplever, at man gjerne ønsker veldig noe for pasienten, og mener noe er bra for pasienten, som pasienten ikke mener selv. Så, at vi mener at pasienten trenger hjelp til forskjellige ting, eller at det er noen medisiner som vi mener at pasienten bør ta, men fordi at de er hjemme, så tror jeg det er større risiko på en måte at pasienten motsetter seg det, enn på institusjon. Og det er på både godt og vondt.*



Slik vi kan forstå dette, kan pasientene oppleves som vanskelige fordi de bor hjemme. Som nevnt i kapittel 2, møter de ansatte i hjemmetjenesten en sammensatt pasientgruppe. Dette oppleves for noen skummelt og uforutsigbart. Julia fremhever at potensielt alvorlige og farlige uforutsigbare situasjoner ikke blir pratet nok om.

*Vi går jo i andres hjem, du vet jo aldri hva man kan møte på da. Det er jo som sagt mye rus og psykiatri. Det er jo ikke de tyngste psykiatrispasientene vi går til da, men du vet jo aldri. Så det er jo på en måte det å vite hva man gjør om man møter en sånn utfordring da. Så ja, egentlig kanskje en utfordring at vi snakker lite om på en måte sånn, hva skjer hvis vi blir overfalt av en pasient da. Det er lite av det da, at man ikke snakker så mye om de etiske tingene*

Dette tyder på at også den sammensatte pasientgruppen bidrar til at arbeidshverdagen blir uforutsigbar. Som vi har sett i dette avsnittet, kan pasienter oppleves som utfordrende, noe som bidrar til å skape uforutsigbarhet i hverdagen. Informantene opplever at de ikke alltid slipper til, og at pasientene bor hjemme kan potensielt skape en avmektig situasjon for den ansatte. I møtet med vanskelige pasienter benytter de seg derfor av ulike strategier som går ut på hvordan de møter pasienten, og hvordan de forhandler med pasienten. Som jeg var inne på tidligere, og hvis vi bruker Anna som eksempel (se kap. 5.2), kan det tenkes at tålmodigheten har en sammenheng med de vanskelige pasientene.

#### 5.4.2. Den vanskelige 1-meteren

Å skulle holde en meter avstand i et arbeid som til tider innebærer kroppslig nærhet med pasienter, oppleves som svært utfordrende for informantene. Det kommer frem at det er vanskelig å skulle holde avstand til pasientene, ettersom de ansatte ofte kommer i situasjoner der de kommer svært tett inn på pasientene. De må bruke munnbind i alle situasjoner der det ikke er mulig å holde avstand, og hvis det er risiko for smitte, må de bruke fullt smittevernutstyr. Både Amal og Kristine forteller at smittevern fokuset har ført til endringer i hvordan de oppfører seg inne hos pasientene. Dette kommer av at handlingene i større grad fører til kroppslig avstand til pasientene, som for eksempel hvor lenge de er hos pasientene, fokus på håndhygiene og at de nå er mer kritiske til hvor tett de kommer på pasientene. Når de ansatte utfører oppgaver som ikke krever kroppslig nærhet, skapes det også en avstand

mellom de ansatte og pasienten. Edita forteller at det går fint med avstand når hun skal varme middag, og at hun da har bedre kontroll over situasjonen.

*[..] Da sier du bare at de kan sette seg ned, så går du inn på kjøkkenet og varmer mat, og setter det på bordet, og de kommer og spiser, så du kan holde avstand. Men med støttestrømper må du komme nærmere, og da er det vanskelig å holde avstand.*

Til tross for at det skapes avstand til pasientene, kan de ikke kontrollere smitterisikoen. Det at de noen ganger må ta på pasienten, selv om det kan være smitte, sier noe om uforutsigbarheten i arbeidshverdagen. Vegard forteller om en hendelse hvor det ikke var mulig å holde avstand, hvor pasienten i etterkant av hendelsen testet positivt for korona.

*Den gang det var snakk om, da var jeg i direkte kontakt med en smittet. Da tenkte jeg, søren da må vi i karantene, vi hadde ikke på oss noe smittevernutstyr. Hun hadde trykket på alarmer sin da hun falt ut av lenestolen sin. Så vi kom jo bare opp der og skulle løfte hun opp i stolen, og ja. Så tok det litt tid, og vi var ganske tett innpå henne for å løfte hun opp. Så fikk vi beskjed dagen etterpå at hun er koronasmittet da.*

I dette tilfellet gikk det fint, og ingen av de ansatte ble smittet. Det dette imidlertid forteller oss, er at de ansatte ikke kan kontrollere når og hvor smitterisikoen er størst. I et arbeid som krever kroppslig nærhet blir derfor en meter avstand vanskelig, og bidrar til at arbeidshverdagen blir uforutsigbar i form av smitterisiko.

I dette kapitlet kommer det frem at informantene har opplevd endringer i arbeidshverdagen, og at mulighetene for omsorgsrasjonalitet og andre-orientering har vært begrenset i omsorgsmøtet, noe som står i motsetning til den viktige betydningen dette har for dem. Med tanke på at lederne tilskriver de ansatte æren for at driften har vært mulig, vil jeg i det neste kapitlet se nærmere på hvordan de ansatte former og tilpasser fritiden sin til det lønnede arbeidet.

## 6. Å ofre seg selv

Som tidligere nevnt i kapittel 5.1., forteller lederne at de ansatte ikke har fått eksplisitte krav fra avdelingene om hvordan de skal oppføre seg på fritiden, og de opplever at de ansatte selv føler kallet for å komme på jobb. I dette kapittelet ser jeg nærmere på hva som kjennetegner tiltakene de ansatte selv iverksetter på fritiden. Jeg introduserer en ny selvoppofrende rolle, hvor jeg diskuterer årsaker for å tre inn i den nye rollen, og implikasjoner den nye rollen medfører.

### 6.1. Jobb – hjem – jobb: en fritid i isolasjon

Informantene forteller at de til vanlig har svært sosiale og aktive liv. De deltar vanligvis på ulike fritidsaktiviteter, drar på fest i helgene og besøker venner og familie. Under pandemien forteller informantene at det sosiale livet gradvis har gått nedover, og at det i de siste månedene har vært ganske drastisk. Emilie forteller at hun ikke kan huske sist å ha vært med venner, og det ikke har vært aktuelt å være med familie på grunn av at noen i familien er i risikogruppen<sup>14</sup>. Hun sier at korona har blitt en stor del av hverdagen hennes, og at det har oppstått et nytt mønster på fritiden.

*Sitter mer inne, går liksom, jeg føler jeg går på jobb, og så går jeg hjem. Kanskje vi to (samboeren) går en tur eller noe sånn, rydder. Blitt mye rydding og vasking i det siste. Og så er det på en måte sove, og så er det på jobb igjen. Så veldig sånn, det samme hver dag da.*

Flere av informantene forteller om det samme mønsteret, og at hverdagen under pandemien har bestått i å gå på jobb, gå hjem, for så å gå på jobb igjen. På fritiden velger de stort sett å holde seg hjemme, og de ser sjeldent andre enn de som de bor sammen med. At de ansatte begrenser hvor mange de er med, forteller de er et bevisst valg. Vegard forteller at han har vært ganske restriktiv med sin egen omgangskrets, og har hatt et veldig strengt forhold til hvem som har vært på besøk og hvem han har vært med. Han har også barn, og har blitt enig med noen naboer om at barnet inngår i kohort med dem, noe som også gjelder for Amal, hvor sønnen hennes nå bare er med barn i nabolaget. Dette samsvarer med det Næss og Tønnesen

---

<sup>14</sup> Risikogrupper sikter til grupper som er mer utsatt for alvorlig sykdom eller død på grunn av covid-19. For eksempel har personer av høy alder og voksne med underliggende kroniske sykdommer større risiko for alvorlig sykdomsforløp (Folkehelseinstituttet, 2020).

(2020) finner om at ansatte i eldreomsorgen også pålegger sine barn restriksjoner under pandemien.

At de velger å isolere seg handler også om at de ikke tør å treffe andre ettersom de kan utgjør en smitterisiko. Kristine sier at hun ikke har våget å besøke verken sin søster eller sine nevøer, ettersom søsteren jobber i skole og nevøene går i barnehage, hvor det er mange kontakter. Hun forteller om en venn som har blitt en redning.

*Når pandemien kom, så isolerte jeg meg totalt. Var kun hjemme etter jobb, og det var jo en periode jeg var litt forkjølet akkurat når pandemien brøt ut, så det var jo en lang periode der jeg, var hjemme og var redd for jeg var smittet, og testet meg, og litt sånn. Så det var jo en prosess. Eh, og så kom sommeren og ting roet seg litt igjen, og ble litt mer sosial igjen, og feiret til og med bursdagen min [...] Men når ting har blusset opp igjen og sånn, så er vi mye for oss selv. Vi har en kompis som er mye hos oss, han er på en måte nesten litt sånn redningen for vår del da. Han er på en måte den inputen vi og jeg får i hverdagen.*

For andre som har valgt å ta helt avstand fra andre, har fritiden blitt opplevd mer ensomt. Arne har samboer, men sier han har blitt mer ensom, og at det har gått på psyken å ikke kunne være med familie eller venner. Det kan virke til at ensomheten har vært en belastning.

*[...] Jeg er veldig sliten av å ikke gjøre noe liksom. Å bare være hjemme og gå på jobb. Det er bare å sitte hjemme og å være på jobb.*

I tillegg til å være restriktive med hvem de omgås med, forteller informantene at de holder seg unna folkemengder og folk generelt. Nora anslår at hun har vært ute og spist kanskje en eller to ganger siden mars 2020. Hun har ikke vært på kino, og har ikke vært med flere enn 5 personer i hele perioden. Dette presiserer hun var sommeren 2020 da smittetrykket var lavt. Dette gjelder også de andre informantene, som forteller at de har vært litt mer aktive i perioder hvor smittetrykket har vært lavt. Det virker imidlertid til at også i disse periodene begrenser de sin ferdsel i det offentlige, noe Vegard begrunner med at han velger å unngå de store smittebombene.

*Vi går aldri, jeg tror ikke jeg har vært i sentrum siden mars, helt ærlig. Vært på kjøpesenter tre ganger kanskje. Så vi unngår de store smittebombene, sant, og de store samlingsstedene. Vi har vært ute og spist en gang tror jeg, på restaurant. Det var når smittetrykket var lavt i sommer. Ja, så det er jo mye mer fokusert rundt hjemmet.*

Fokuset på å unngå mennesker på fritiden har også ført til nye handlingsmønstre i hverdagen. Dette går gjerne på at de i gjør flere oppgaver i hjemmet, som oppussing og vasking, og at de i større grad handler en gang i uken for å begrense kontakt med andre. For eksempel sier Nora, som til vanlig er glad i å gå på tur i populære turområder, at hun har flyttet turen til områder hvor det ikke er folk. Det kan virke til at handlingsmønsteret har oppstått både for å fylle tiden frem til de skal på jobb igjen, men også for å unngå mennesker. Som Edita sier, har hverdagen blitt kjedeligere, og skillet mellom helg og ukedag virker å være visket ut.

*Når pandemien kom, så, liksom alt forsvant. Så nå er det bare, ja, komme hjem fra jobben, gå på tur med hunden, lage mat, og så vente til neste dag. Så det er veldig kjedelig [...] Altså når det kommer helg, og hvis jeg har fri, så det er liksom, da sitter jeg hjemme og tenker hva jeg skal finne på. Men det er ikke så mye jeg kan finne på [...] Nå er det for min del det samme om det er vanlig dag eller helg [...]*

Som det fremkommer av dette avsnittet har de ansatte isolert seg på fritiden, og flere endrer atferd. At de ikke får den fritiden de pleier virker på informantene å være både belastende og slitsomt. Det virker imidlertid å ha en sammenheng med deres oppfattelse av hvor smitterisikoen er størst at de velger å innføre tiltak på fritiden. I det påfølgende avsnittet vil jeg gjøre rede for informantenes tanker om smitterisiko, før jeg i det neste går nærmere inn på hvorfor de velger å isolere seg.

## 6.2. Smittefrykten som forklaring

I en spørreundersøkelse om koronapandemien, hvor 2500 helsearbeidere deltok, svarte 80 prosent<sup>15</sup> av respondentene at de var enig eller helt enig i påstanden «jeg er redd for å smitte sårbare pasienter med korona». For de ansatte i hjemmebaserte tjenester, var prosentandelen 91,8 prosent (Bergsagel, 2020). Empirien i denne studien tilsier at de ansatte ikke frykter å bli smittet selv, men er særlig opptatt av å ikke være smittebærere. De er også svært redd for å smitte pasientene sine. Næss og Tønnesen (2020) finner det samme, og skriver at det er slående hvordan ingen av sykepleierne i hjemmebaserte tjenester sier at de selv er redde for å bli smittet selv, men alle er svært bekymret for å være smittebærere. Det sykepleierne forteller

---

<sup>15</sup> I en ny undersøkelse fra 2021 hadde andelen som var redd for å smitte pasienter sunket til rett i underkant av 75 prosent (Bergsagel, 2021). Det må påpekes at i 2021 hadde vaksine mot viruset blitt utviklet. Mitt datamateriale ble innhentet i 2020, og baserer seg derfor på frykten som ble opplevd før vaksine var et alternativ.

er at de er redde for å smitte pasienter, familie og venner i risikogruppen, og at de derfor begrenser kontakten med både familie og venner.

Jeg vil i de neste avsnitt gjøre rede for de ansattes tanker om hvor de oppfatter smitterisikoen er størst. Deres tanker om smitte varierer i forhold til om det handler om seg selv, pasienten og kollegaene. I det første identifiserer jeg en distinksjon mellom arbeid og fritid i deres tanker om smitterisiko.

### 6.2.1. Jobb versus fritid

Min analyse viser at de ansatte har tydelige tanker om hvor smitterisikoen er størst. Dette går på at de anser arbeidsplassen som trygg og at smitterisikoen på fritiden er stor. Det er slående hvordan samtlige av informantene svarer «nei» på spørsmålet om de er redd for å få smitte på jobb. På grunn av at de anser smitterisikoen som størst på fritiden, takker informantene ofte nei til arrangementer og liknende. Det at informantene forteller at de i større grad handler en gang i uken virker også å ha sammenheng med hvordan de opplever smitterisikoen på fritiden, noe eksempelet med Arne viser.

*Nei, altså, går du på butikken kan du få virus. Sant, så det er jo skummelt å tenke på uansett hvor du beveger deg. Du kan ikke akkurat stole på noen, det er jo skummelt å være oppi det. Det er det.*

Det kan se ut til at de ansatte har lav tillit til andre, noe som bidrar til at smitterisikoen oppleves som større på fritiden. Dette har medført en frykt for å delta på ulike arrangementer eller fritidsaktiviteter. Til og med det å gå ute blant folk oppleves som risikofyllt, noe Susanne sier hun tenker mye på.

*Når jeg går for eksempel ute blant folk, så tenker jeg jo på det. At jeg er ganske redd, og at, åh, burde jeg gjort dette. Og hvis jeg for eksempel var på treningssenter når det var åpent, så følte jeg litt sånn, skulle jeg egentlig vært der. Her er det jo litt folk, åh, tenk om jeg blir smittet nå. Så jeg var jo ganske redd.*

Denne redselen er gjennomgående hos de fleste av informantene, og de synes det er skummelt å være aktive og sosiale på fritiden på grunn av de kan dra med seg smitte til pasientene. Av den grunn pålegger de seg selv tiltak på fritiden, ettersom de anser smitterisikoen som størst

her. Ved å innføre tiltak på fritiden, minimeres risikoen for smitte, noe som bidrar til å dempe redselen. Som Anna sier, er hun ikke redd fordi hun er restriktiv med sin omgangskrets.

*[..] Men det har jo med jeg tar, at jeg omgås folk som jeg stoler på, eller vet at ikke omgås, altså sånn, jeg hadde ikke vært så interessert i å være med venner som ofte er på byen da og styrer på. De hadde jeg på en måte viket mer unna enn folk som gjerne tar mer hensyn da. Så av den grunn så er jeg ikke stresset i fritiden, for jeg velger å være med folk som respekterer smittevernreglene da.*

Det er tydelig at informantene har klare tanker om at fritiden er tilknyttet større smitterisiko, noe som baserer seg på at de ansatte ikke kan være sikre på at andre ikke har smitte.

### 6.2.2. «Ikke så farlig for meg»

Grunnen til at ansatte er så redde for smitte på fritiden, er hovedsakelig på grunn av pasientene. De ansatte er svært bekymret for å være smittebærere, og det er tydelig at de er mest redd for å smitte pasientene, noe som eksempelet med Anna uttrykker.

*[..] Jeg har ikke lyst til å utsette meg for en potensiell smitte, og for, mest fordi, ikke for jeg er redd for at jeg skal bli syk, jeg er redd for at pasientene mine skal bli syke, fordi at jeg bærer med meg korona til de.*

I tillegg til å ikke ville smitte pasientene, kommer det også frem at de heller ikke vil smitte familie, men det er hovedsakelig pasientene de er redd for å smitte. Pasientene treffer de hver dag, og det er derfor de tenker mest på dem. På spørsmål om de er redd for å bli smittet selv, svarer informantene enten nei, eller at de ikke opplever viruset som farlig for seg selv. Det virker derfor til at det er pasientene de tenker på i forbindelse med en eventuell smitte, noe Emilie er tydelig på.

*[..] Med tanke på denne jobben så er det jo mest redsel for å smitte andre. Pasientene, i forhold til at jeg får det. Så hvis jeg er redd for det, så er det fordi at jeg redd for at da har jeg smittet de som er utsatt da. Ikke det at jeg er sånn, veldig redd for å bli smittet selv. Jeg håper ikke det, men det er mer at det kan gå ut over andre.*

Det at informantene sier at de er mer redd for pasientene enn seg selv, blir særlig tydelig når Arne sier at han tenker mer på pasientene. Han har selv kronisk sykdom i form av astma, og kan selv bli alvorlig syk hvis han blir utsatt for smitte. På spørsmål om hva han er mest redd

for, svarer han at det er fordi han ikke vil smitte de rundt seg. Dette kan ha sammenheng med hvordan de ansatte ser på pasienten. Som jeg vil vise i det neste avsnittet, anser informantene pasienten som mer sårbar, og tar av den grunn mer hensyn til pasienten på fritiden.

### 6.2.3. Den dødelige pasienten

Så langt har vi sett at de ansatte er mest redd for smitte på fritiden, at de ikke er redde for seg selv, og tenker mer på pasienten når det kommer til smitte. Grunnen til at de ansatte ikke vil smitte pasientene, er fordi at de oppfatter risikoen som stor for at pasienten kan dø om de får viruset. Av den grunn begrenser de sin aktivitet på fritiden av to grunner. For det første vil de ikke være årsaken til at pasienten dør, noe eksempelet med Emilie viser.

*Nei, man vil jo ikke, at altså, de kan jo potensielt dø hvis de blir smittet. Så ja, man vil jo ikke være årsaken til det.*

For det andre vil tanken på at pasienten kan dø frembringe følelser hos informantene. Som Edita forteller, opplever hun ikke viruset som farlig for seg selv, men blir trist av tanken på at pasienten kan dø.

*Nei. Altså, jeg føler liksom at, ja, det er jo farlig å tenke på. Men hvis vi får det, så er vi ganske unge da. Det kan være mulig liksom at det går greit med oss. Men det eneste som er skummelt for meg da, at hvis for eksempel jeg er smittet, og så kommer jeg til en pasient, og så kanskje han må i karantene, og plutselig hvis han blir syk og dør. Det er trist å tenke på.*

Slik vi kan forstå frykten for å smitte pasienten baserer seg på både at de ikke vil være årsaken til at pasienten dør, men også på deres subjektive følelser, noe som understreker at følelser er en viktig del av arbeidet. Som vi kan se ut ifra de to foregående avsnittene, begrenser de ansatte sin aktivitet på fritiden for å minske mulighetene for å ta med smitte til arbeidsplassen.

### 6.2.4. Uskyldige kollegaer

Jeg har vært inne på at de ansatte ikke vurderer risikoen for smitte som stor på arbeidsplassen, noe som ser ut til å ha sammenheng med hvordan de ser på sine kollegaer. Holdningen til kollegaene virker å være preget av at de anser risikoen som lav for at de kan være smittet.



Tankegangen forsterkes ved at om de skulle ha vært smittet, så kunne de ikke noe for det, noe som er tydelig i eksempelet med Anna.

*Ja, altså, det er selvfølgelig en mulighet det og, de og har jo en fritid og familie, og kanskje barn som går på skole, eller kanskje de tar bussen til jobb. Ehm, jeg tenker på en måte ikke så mye over det, fordi det er sånn, enkelte ting kan man ikke unngå, sant. Sånn som å gå på butikken og ta bussen. Plutselig kan noen dra med seg inn smitte her, og det er på en måte, det er jo ingen sin feil. Men det er jo sånn som kan skje. Men jeg tenker ikke så mye over kanskje at kollegaene mine kan dra det inn, jeg tenker kanskje mer på meg selv. Det er kanskje litt sånn, faen, nei jeg vet ikke.*

Det at muligheten er til stede anerkjennes av de fleste, men de er likevel ikke redd for at kollegaene skal bringe med seg smitte. Noe av grunnen til dette er den oppfattelsen de har av at kollegaene er like forsiktige på fritiden som de selv er. Som Emilie sier er hun ikke bekymret for at det kan komme smitte inn, og selv om hun er klar over at det kan komme smitte inn på avdelingen gjennom kollegaer, tror hun de fleste tenker likt.

*Det kan jo skje, men jeg føler at denne gruppen er veldig sånn, sammensveiset, og tenker likt da. Det er jo ingen av oss som har lyst å bringe smitte inn, så jeg tror, eller får inntrykk av, at alle er kanskje litt sånn overforsiktige. På fritiden og.*

Det kan tenkes at denne oppfatningen kommer av at de ansatte bidrar aktivt i å opprettholde bilde av seg selv som overforsiktig, eller som selvoppofrende, noe jeg kommer tilbake til når jeg introduserer begrepet *skjult fritid*. For å oppsummere kan vi forstå smittefrykten som sterkest på fritiden, og det er arbeidsplassen og pasientene som motiverer dem til å være forsiktige.

### 6.3. Hvorfor isolerer de seg?

At de ansatte vurderer fritiden som «farligere» enn arbeidsplassen, sammen med synet på pasienten som dødelig, bidrar til at de holder seg hjemme, unngår andre mennesker og holder seg borte fra folkerike områder. Det er bemerkelsesverdig at de ikke er redde på egne vegne, og isolerer seg grunnet frykten for risikoen de kan utsette pasientene for. Det kan antas at vurderingen har en rasjonell forklaring i og med at yrkesgruppene har tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse til å kunne avgjøre smitte- og sykdomsrisiko. Samtidig er ikke smitterisikoen i seg selv grunnen til at informantene isolerer seg, og isoleringen må derfor også forstås ut ifra andre faktorer. Arenaen for isoleringen er etter denne oppfatningen basert

på informantenes forståelse av smitterisiko, basert på både faglig kunnskap om smitte og følelser, og tiltak iverksettes på fritiden på bakgrunn av at risikoen her vurderes som størst. Som nevnt i kapitlet om mine teoretiske refleksjoner, benytter jeg omsorgsrasjonalitet som et sensitiverende begrep i min forståelse av omsorgsarbeidet, og legger opp til at jeg også er oppmerksom på at arbeidet innebærer følelser. Dette blir viktig for å perspektivere isoleringen, ettersom de er rasjonelle i beslutningstakingen, samtidig som de ansattes personlige tanker og følelser er av avgjørende betydning (Wærness, 1984). Jeg skriver «arbeidet» bevisst, ettersom jeg argumenterer for at isoleringen må sees på som arbeid under koronapandemien, og fordi empirien tilsier at det *er* arbeid. Isoleringen kan videre sees på som arbeid av to viktige grunner.

Først og fremst, slik det kommer frem gjennom det empiriske materialet, og som jeg har vært inne på tidligere, har isoleringen en funksjon som opprettholder av tjenestene. Om det kommer smitte inn på avdelingene, risikerer de å miste hele skift som gjør at tjenestene til pasientene, som informantene for øvrig har knyttet tette bånd til, forsvinner. Avdelingene har derfor vært avhengige av at de ansatte iverksetter tiltak på fritiden for å minimere risikoen.

For det andre har de ansatte en oppfattelse av at de «jobber mer» under koronapandemien, noe som indikerer at de opplever isoleringen som en handlingskomponent i det lønnede arbeidet. Flere av de ansatte forteller at de tar med seg arbeidet hjem, tenker mer på arbeidet, og handler ut ifra arbeidet. Under intervjuene, da vi var inne på tanker om lønn, fortalte de fleste at de i utgangspunktet ikke var opptatt av lønn, og selv om det ble fremhevet at den selvfølgelig kunne vært høyere, hadde lønn liten betydning for dem. Med pandemien har lønn imidlertid blitt viktigere. Flere av informantene opplever at de jobber mer nå, også hjemme, og at de etter pandemien føler de fortjener mer lønn. For å illustrere poenget, trekker jeg nedenfor på sitater av henholdsvis Kristine og Vegard.

*Jeg har aldri vært så veldig opptatt av lønn. Men det siste året har jeg blitt mer opptatt av det, egentlig. Det er sikkert litt sånn fordi jeg har kjent på, kjent litt mer på det spriket mellom hva man gjør og hvor mye arbeid man legger ned, og hvor mye tid i jobben. Altså sånn, vi er på jobb når vi er på jobb, men vi er og på jobb når vi ikke er på jobb. Vi tar de hensynene vi føler at vi må ta. Men vi får på en måte ikke noe anerkjennelse i form av god lønn da. Jeg føler det har blitt mer, i den siste tiden så har jeg liksom blitt provosert, blitt mer sånn provosert over enkelte yrker som tjener vanvittig med penger, også tenker jeg, de redder ikke liv, og de står ikke på, på den måten vi gjør. Og de trenger ikke å ta de hensynene på fritiden som vi gjør [...]*

*[..] Og når andre yrkesgrupper får høyere lønnsoppgjør enn vi får, som har stått i dette jævelskapet for å være helt ærlig, i 7 måneder nå, da kjenner jeg jeg blir rimelig irritert. Liksom, her, værsgod, 1400 kroner ekstra i året. Det er jo, ja. Ingen goder, ingen liksom, ingen ekstra fritid, ingen ekstra, sant. Jeg føler vi bruker mer tid på jobb nå enn jeg gjorde før uten noe særlig mer kompensasjon. Jeg tenker mer på jobben hjemme. Det tror jeg de ansatte her også gjør.*

På bakgrunn av mine empiriske funn introduserer jeg en ny *selvoppofrende* rolle for de ansatte under koronapandemien, som utvider rollesettet som omsorgsgiver i hjemmebaserte tjenester. I mine teoretiske refleksjoner (se kap. 4.2.1.), beskriver jeg at omsorgsgiverrollen består av en omsorgsrolle og en arbeidstakerrolle. Når opprettholdelsen av tjenestene baserer seg delvis på de ansattes valg på fritiden, blir også valgene opprettholder av de øvrige rollene på arbeidsplassen. Den selvoppofrende rollen plasseres med det i skjæringspunktet mellom fritiden og det lønnede arbeidet, basert på at den er en del av, påvirker og blir påvirket, av både det lønnede arbeidet og fritiden. Det at det lønnede arbeidet griper inn over fritiden, og de av den grunn ofrer sin fritid til fordel for det lønnede arbeidet, herunder pasientene, er grunnen til jeg velger å kalle rollen for selvoppofrende. Et godt eksempel som empirien viser, er sitatet fra Arne som utviser en svært selvoppofrende tankegang.

*Altså, det syns jeg er dritkjipt, men liksom, alle sitt liv er verdt noe. Så du må jo passe på. Det er sånn det er liksom [..] Å risikere noen andre sine liv for at jeg skal ha det fint, eller gjøre noe gøy, det er jo ikke verdt det.*

I tillegg har de ansatte blitt ofret på et organisatorisk nivå, ved at korona-avtalen (se kap. 1.1.) åpner for å redusere hviletiden fra 11 til 8 timer. At rollen eksisterer på fritiden, samtidig som den har tilknytning til arbeidet, medfører at normsenderne på arbeidsplassen består, men inkluderer også andre viktige normsendere for denne spesifikke rollen, ettersom rollen også inkluderer de andre rollene utenfor det lønnede arbeidet, som eksempelvis venn, mor og datter. Med andre ord erstatter ikke den selvoppofrende rollen de andre sosiale rollene den ansatte har på fritiden. Viktige normsendere blir derfor i tillegg til staten (gjennom generelle tiltak og retningslinjer), kommunen (representert av arbeidsgiver), kollegaer, omsorgsmottakeren, utdanningsinstitusjoner, familie, samboere, kjærester og venner. Christensen (1998a, s. 68) plasserer utdanningsinstitusjonene bak kollegaene, ettersom de har betydning for måten de møter arbeidet på og den ansattes sosialisering. I mitt prosjekt finner jeg at utdanningsinstitusjonen må betraktes som en av de viktigste normsenderne for studenten, noe jeg kommer tilbake til.

I mine teoretiske refleksjoner (se kap. 4.2.1.), har jeg også valgt å perspektivere analysen med en rolleforståelse inspirert av både Goffmans dramaturgiske perspektiv og Meads teorier om selvet. I henhold til Goffmans definisjon (1974, s. 23) av en sosial rolle, handler pliktene og rettighetene i dette tilfellet om forventningene som ligger til grunn for utførelsen av handlingen isolering. I og med at informantene opplever at det ligger føringer for hvordan de skal leve livet på fritiden, til tross for at ingen har pålagt dem det, bruker jeg også Meads perspektiv. Derfor betrakter jeg normsendere for rollen også som den generaliserte andre, i den forstand at forventningene skapes i eget hode, og blir med det en indre sosial kontroll. Den generaliserte andre kan sees på som omgivelsene, og spiller en viktig rolle for skapelsen av de indre forventninger. Som tidligere beskrevet, er det «meg-et» som gjør at vi kan observere oss fra den generaliserte andres perspektiv, og er et verktøy for selv-regulering og sosial kontroll (Baldwin, 1986, s. 115-117).

Et siste poeng er at rolleutøvelsen skjer i den private sfære, og må derfor sies å fremføres foran et usynlig publikum. Det er viktig å anerkjenne at det som skjer utenfor det lønnede arbeidet og på fritiden også kan betraktes som backstage for omsorgsgiverrollen, ved at de her kan falle ut av rollen i et område hvor publikum ikke har tilgang (Goffman, 1974, s. 96-97). Likevel, til tross for at dette området er avsperrt fra publikum, hvor vi med denne tankegangen kan forstå isoleringen som en forberedelse til det lønnede arbeidet, fremføres isoleringen som en rolle frontstage på bakgrunn av de ulike forventningene som de ansatte opplever. Jeg velger av den grunn å betrakte isoleringen som handlingskomponenten i rollen, med tanke på dens tilknytning til det lønnede arbeidet og med de forventninger som stilles.

Som jeg har vist isolerer de ansatte seg på grunn av pasienten, noe jeg videre vil peke på at skjer gjennom egen ansvarliggjøring. Denne ansvarliggjøringen er et empirisk funn som ble synlig gjennom analysearbeidet, og indikerer det opplevde ansvaret de ansatte føler for å ikke bringe smitte til pasientene, som igjen fører til at de disiplinere seg selv på fritiden. Denne ansvarliggjøringen skjer på bakgrunn av *subjektive følelser, omgivelsene og yrket*, som jeg vil beskrive nærmere i neste delkapittel. Forstått som en typologi, kan samtlige opptre samtidig. Omgivelsene indikerer alle de forskjellige forventningene fra viktige normsendere. Samtidig forteller informantene at de ikke har fått beskjed fra noen om hvordan de skal oppføre seg (sett bort i fra statens generelle retningslinjer om smittevern), og jeg betegner derfor

handlingskomponenten «å isolere seg» i den selvoppofrende rollen som *selvdisiplinering gjennom subjektiv ansvarliggjøring*<sup>16</sup>.

### 6.3.1. Ansvarliggjøring gjennom subjektive følelser

Ansvarliggjøringen gjennom subjektive følelser baserer seg på at informantene gjør seg selv ansvarlig basert på egne følelser. Det innebærer at de ikke har blitt fortalt hvordan de skal opptre på fritiden, men selv lager en forventning basert på egne følelser. Informantene isolerer seg tydelig på grunn av pasientene, noe jeg tidligere har pekt på har sammenheng med deres subjektive følelser, og at de ikke vil være årsaken til at pasienten dør. Dette er noe de tenker mye på under fritiden, og de gjør seg selv ansvarlige for det potensielt dødelige utfallet det kan ha for pasientene om de blir smittet. Eksempelet med Emilie viser en tankegang flere gir uttrykk for med tanke på smitteføring til pasientene som de går til daglig.

*[..] De fleste av de går vi til daglig, så man vil jo ikke være den som er, holdt på å si ansvarlig for det. Tenker mye på det.*

Ved at de ansatte er hos pasientene daglig, knytter de også bånd til dem. De er derfor ikke bare redd for at pasientene skal bli smittet fordi de kan dø, men også på grunn av relasjonen de har fått med pasienten. Anna forteller at hun har blitt glad i pasientene sine, og at hun tenker mye på om hun har utgjort en smitterisiko.

*Jeg har tenkt på det flere ganger når jeg har gått fra brukere, for du blir jo, du blir jo veldig sånn, du blir jo litt glad i dem, sant. Også har du mye sympati for dem, og de er syke og trenger mye hjelp. Så går jeg derfra av og til og blir litt sånn, å gud av meg, håper ikke jeg har smittet noen i dag på en måte. Så jeg tenker mye sånn [..]*

Tanken på å kunne ha smittet pasienter, går for noen også ut over humøret hjemme. Vegard sier at han sitter med en følelse av at han må svare for hva som skjer med pasientene, noe han tenker mer på hjemme, og som har gått utover hvordan han har det.

*[..] Det går ut over humøret mitt hjemme, i form av at jeg er mer stresset og mer, vet ikke om jeg skal si stille, i form av at jeg tenker mer på hvordan det går på jobb, sant.*

---

<sup>16</sup> Inspirert av Bente Rasmussen artikkel *nye kontrollformer i (post)moderne organisasjoner* (2007), som skriver om hvordan hjemmehjelpere tok ansvar for arbeidet når de fikk en mer sentral posisjon i organisasjonen. Rasmussen skriver at når selvdisiplinering fungerer, er det når de knytter an til de ansattes interesse og identitet: det de ansatte gjør oppleves som meningsfullt og interessant.

*Hadde jeg en pasient som var dårlig før jeg gikk hjem, tenker jeg hvordan det går med den pasienten nå. Det gjorde jeg ikke før [...] Nå er det mer sånn, hvordan må jeg svare for det som har skjedd med pasienten i morgen. Sant, jeg har et større ansvar for hva som blir gjort.*

Som sitatet illustrerer, har det skjedd en sentral endring under pandemien, ved at han nå selv kan være kilden til at pasienten har blitt dårlig, og potensielt dør. At pasientene kan bli dårligere eller i verste konsekvens dø, virker å forsterke ansvarsfølelsen. Av den grunn isolerer de seg med glede. Som Emilie påpeker, tror hun de fleste gjør det med glede.

*Jeg tror de fleste her, ehm, ikke er så sosiale på fritiden sin lenger, selv om vi er en sosial gjeng. Men samtidig så tror jeg at de fleste gjør det, altså på en måte med glede. At de føler på ansvar. Ja.*

I tillegg viser empirien at tanken på pasientene forsterker følelsene av samvittighet og skyld, dersom de ikke hadde tatt hensyn på fritiden. Susanne forteller at hun opplever at arbeidet legger føringer for fritiden, uten at hun har fått noen beskjeder om hvordan hun skal opptre på fritiden. Grunnen til at fritiden er endret, ligger i at hun gjør seg selv ansvarlig basert på sine følelser.

*Det føler jeg på, at på fritiden så er det sånn, okei, kan ikke gjøre det, for da møter jeg folk. Føler meg jo veldig lite sosial, for jeg får så dårlig samvittighet hvis jeg er med folk på fritiden. [...] Jeg føler et visst ansvar på meg selv. At jeg, ja, ikke skal være med så mange folk. At jeg har ansvar for de på jobben.*

Samvittigheten bidrar sterkt til at de ansatte gjør seg selv ansvarlige. Som Amal og Kristine forteller har de et ansvar for å ikke bringe smitten med seg, og de isolerer seg mye på grunn av samvittigheten. Kristine går så langt og sier hun aldri ville tilgitt seg selv, og at hun av den grunn setter jobben og pasientene foran sine egne behov.

*Jeg tror det er bare den jeg er som person, som, altså jeg ville aldri tilgitt meg selv hvis jeg ikke hadde pasientene mine i bakhodet på fritiden. Eh, og jeg klarer ikke å spises opp innvending av dårlig samvittighet hvis jeg har vært på en fest en helg, også går jeg på jobb uken etterpå, også viser det seg at en på festen var smittet, så har jeg gått på jobb en uke. Jeg ville aldri klart å tilgi meg selv. Og, det vet jeg, så jeg setter meg ikke i den situasjonen at jeg, ja, jeg gjør alt jeg kan for å unngå det da. Så jeg setter jobben og pasientene mine foran meg selv slik som det er nå. Det gjør jeg.*

I tillegg til samvittigheten er det flere som forteller om skyldfølelse hvis de ikke utviste forsiktighet på fritiden. Et godt eksempel fra denne studiens empiri på hvordan skyldfølelsen

oppleves, kan illustreres med hva Anna svarer på spørsmål om hva hun tenker om å muligens bringe smitte med seg inn på jobb.

*Mhm, ja jeg syns det, jeg syns det er skummelt, jeg syns det er ekkelt, og jeg hadde følt veldig mye på skyld hvis jeg hadde gjort det. Spesielt hvis det hadde gått ut over noen brukere. Og kollegaene mine og, men spesielt de som er ute der og er eldre og sårbare og risikogruppen og... Ja, jeg hadde følt mye skyld for det. Det er jo derfor jeg er forsiktig for tiden.*

Med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv, og i henhold til sosialiseringprosessen, som på sin side skaper det generaliserte andre, fødes man uten samvittighet. Det er gjennom sosialiseringprosessen samvittigheten blir en del av vårt generaliserte andre. Også skyld henger sammen med den generaliserte andre, i den form av at man dømmer seg selv hvis vi gjør noe som går imot våre internaliserte normer. Det å føle skyld gjør man når man tar på seg ansvaret for en hendelse (Levin og Trost, 2005, s. 81-83).

Som vi har sett i dette avsnittet, sier flere av informantene at de føler et stort ansvar for å ikke smitte pasientene, og at de av den grunn isolerer seg. Ved å ikke ville bli ansvarlige for å smitte pasientene, gjør de seg selv samtidig ansvarlige for å ikke bringe med seg smitte. Samvittigheten og skylden blir sterk fordi dette handler om noen de er blitt glad i. Det er med andre ord ikke bare noen oppgaver som skal utføres, det er relasjonelle oppgaver. Deres subjektive følelser må derfor forstås som en viktig faktor i ansvarliggjøringen, og som en viktig grunn for at de disiplinere seg ved å isolere seg på fritiden.

### 6.3.2. Ansvarliggjøring gjennom omgivelsenes direkte og indirekte press

En annen viktig faktor i ansvarliggjøringen virker å komme fra omgivelsenes direkte og indirekte press. Hovedsakelig gjelder dette det indirekte presset, men jeg anerkjenner at statens generelle tiltak og retningslinjer også spiller inn i hvordan de oppfører seg. I tillegg legger også korona-avtalen (se kap. 1.1.) noen viktige rammer for disiplineringen. Det er tydelig at informantene har en oppfatning av at generelle tiltak gjelder for alle, inkludert dem selv, men at de selv er mer forsiktige. Flere av informantene forteller at de i starten av pandemien opplevde press og forventninger fra venner om at de kunne være med på sosiale arrangementer og sammenkomster, og at de hver gang har måttet si nei. Etter hvert har disse

forventningene, slik informantene opplever det, endret seg til at de må holde seg friske. Som Emilie forteller, har familien forventninger til at hun skal holde seg frisk.

*[..] Nå føler jeg at forventningene har endret seg til at, spesielt fra familie, sånn ja er du frisk, og ser at jeg hoster litt, å gud du må teste deg. Forventer at jeg prøver å holde meg frisk da.*

Det er imidlertid ingen som har opplevd at noen har bedt dem om å isolere seg på fritiden. Likevel har de en underliggende oppfatning av de skal leve annerledes enn andre. Som sitatet med Emilie viser er det en forventning om at hun skal holde seg frisk, noe som indirekte indikerer at hun burde være forsiktig. For Susanne som bor hjemme hos foreldrene, merkes de samme forventningene ved at foreldrene er kritiske til hva hun gjør på fritiden.

*Det er jo det å ikke være med så mange venner, i hovedsak. At hver gang jeg sier jeg skal være med hun, så er det, okei er du sikker på at du skal være med hun. Burde du gjøre dette, og er det så lurt. Så jeg får sånne spørsmål når jeg skal ut.*

Av denne grunn sier hun at hun har valget selv, men at hun ofte tenker på hvor lurt det egentlig er. Gjennom interaksjon med foreldrene, skaper hun dermed etter hvert forventningen selv. I tillegg virker det til at de utrygge pasientene skaper et indre press for hvorfor hun isolerer seg.

*Liksom pasientene, som faktisk er i faresonen, som er livredd for dette viruset og som er livredd for å bli smittet. Det er jo det jeg tenker på, at jeg ikke har lyst å være den som skal smitte de.*

Dette kan tolkes som at hun ønsker å være en trygg person for den utrygge pasienten, og at hun blir påvirket av signalene de utrygge pasientene sender. Signalene som de utrygge pasientene sender, gjør at man må betrakte dem som viktige normsendere for hvordan de ansatte oppfatter sin egen situasjon. Noe det empiriske materiale viser, er at de ansatte føler et press, uten at de har blitt fortalt fra noen hvordan de skal oppføre seg. Som Emilie forteller, opplever hun et press, men at det er ansvaret som hun selv kjenner på som fører til presset.

*For meg selv tenker jeg egentlig ja. Det er jo sånn jeg opplever det [..] Det er jo litt på det ansvaret man kjenner på. Det er jo ikke sånn regel at jeg ikke skal være sosial i det hele tatt. Men ja, kjenner på ansvaret for pasientene da [..] Mer personlig, så ja, jeg kan si at det er et press, men personlig så gjør jeg nå det på den måten uansett.*



Dette presset hun opplever, indikerer at det er et subjektivt ansvar hun er underlagt, men at det også finnes noen forventninger hun etterlever. Ved å betrakte de ulike normsenderne som den generaliserte andre, ved at de ansatte ser på seg selv gjennom den andres perspektiv, kan vi lettere forstå hvordan dette indre presset oppstår (Baldwin, 1986, s. 102). Et godt eksempel fra studiens empiri på hvordan den generaliserte andre påvirker de ansatte, kan illustreres i eksempelet med Nora.

*Ja, altså, jeg føler jo at det blir litt sånn, jeg føler at i sånne sosiale settinger da, så er det liksom sånn, men du er jo sykepleier, du kan ikke liksom gjøre sånn. Altså, jeg kan ikke, hvis jeg hadde spurt om 20 stykker hadde lyst å komme på besøk til meg liksom, så tror jeg folk hadde blitt helt sjokka liksom. For de forventer ikke at jeg gjør det som sykepleier, under en pandemi da. Og jeg føler, ja, så jeg føler jo på en måte at det stilles forventninger til meg som sykepleier [..]*

Legg særlig merke til at hun sier det er forventninger, samtidig som det er noe hun føler og tror. Noe dette avsnittet viser, er hvordan det finnes et press og forventninger for de ansatte, og som oppleves reelt for de ansatte. Gjennom interaksjon med for eksempel familie, venner og pasienter, skapes det et bilde av omgivelsenes forventninger. Ved at de observerer seg selv gjennom den generaliserte andres perspektiv, oppstår det en indre samtale, hvor de ansattes «jeg» handler på bakgrunn av deres «meg», hvor «meg-et» regulerer «jeg-et» (Baldwin, 1986, s. 115-117; 119).

### 6.3.3. Ansvarliggjøring gjennom yrket

Ved siden av deres subjektive følelser og omgivelsenes press, føler noen et ekstra ansvar på grunn av at de er helsepersonell. Dette går i hovedsak på at de som arbeidstaker opplever et ansvar i yrket, som bidrar til at de disiplinere seg selv. Som Edita forteller, opplever hun forventninger om at hun skal ta ansvar fordi hun er helsefagarbeider, noe hun tenker på når hun velger å isolere seg. Det kommer til uttrykk i det empiriske materialet at ansvaret de opplever fordi de er helsepersonell også er knyttet til deres subjektive følelser, noe eksempelet med Emilie viser.

*Ja, jeg mener det. Man har jo et ansvar i dette yrket da. Altså, jeg ville ikke gått på fest med mange forskjellige folk for så kommet mandagen på jobb og så skulle gått hjem til 10 forskjellige over 90 år da, med forskjellige underliggende sykdommer. Det tror ikke jeg jeg hadde samvittighet til nei.*

Her ser vi en kombinasjon av at yrket gir en ansvarsfølelse, men også følelsene uttrykt med samvittighet. Vegard uttrykker også at han ikke vil smitte pasientene sine, men indikerer i større grad at det er yrket og utdanningen som gjør at han føler ansvar.

*Jeg tror det er mer det at vi er mer ansvarsbevisste. Vi tenker på en helt annen måte enn andre mennesker når det kommer til dette. Det tror jeg rett og slett kommer i form av utdannelsen, og vet hva vi egentlig holder på med.*

Denne tankegangen viser at de som helsepersonell føler et større ansvar, og som ikke bare baserer seg på et press og egne følelser. Flere forteller om en liknende ansvarsfølelse, og at de som helsepersonell må ta ansvar. Likevel kommer dette størst til uttrykk sammen med enten omgivelsenes press eller deres følelser som vist over. Anna forteller at hun føler hun ikke kan gjøre så mye på fritiden, fordi hun er helsepersonell.

*[..] Jeg føler litt på det der at jeg ikke kan gjøre like mye som andre nå på fritiden. Fordi du skal på en måte, du er helsepersonell, og du skal på en måte stå fremme som et eksempel på hvordan man skal opptre nå når det er som det er [..] Hvis jeg ikke gjør det, hadde det sett veldig teit ut [..] Det er kanskje litt større sånn skam, hvis man som helsepersonell gjør noe feil på en måte.*

Her disiplinere hun seg med andre ord fordi hun er helsepersonell, samtidig som dette indikerer at det finnes forventninger. Dette underbygger at den selvoppofrende rollen fremføres foran et usynlig publikum. Videre forteller hun at det ikke stilles forventninger fra ledelsen, men hun opplever at arbeidsplassen legger noe press på henne. Hun ønsker å gjøre en god jobb, noe som innebærer å holde seg frisk.

*Nei, jeg vil jo gjør en god jobb på jobb. Jeg vil kunne møte opp og være frisk, og la ting her gå som normal. Så normalt som mulig nå vertfall. Hadde jeg dratt inn smitte her, så hadde det blitt mye styr, sant, med alle kollegaene, og mange som måtte gått i karantene, og mangel på folk, og så ville vi måtte kutte masse oppdrag, da hadde ikke alle fått hjelpen de trenger. Jeg vil ikke bidra til at det skal bli kaos på jobb [..]*

Arbeidet bidrar til å disiplinere de ansatte, ved at de også knytter det til sine subjektive følelser, når det vil kunne gå utover pasientene. For noen oppleves det også som et press fra arbeidsplassen, uten at de blir direkte presset. Som Nora sier, synes hun at de som arbeidstakere har et ansvar for å ikke utsette seg selv på fritiden. Lederne har aldri fortalt henne hvordan hun skal oppføre seg, men at hun skaper denne forventningen selv.

*[..] Jeg regner jo med at sjefen min hadde blitt rimelig oppgitt hvis jeg hadde blitt koronasmitta fordi jeg hadde vært på byen [..]*

Selv om hun ikke får pålegg, opplever hun at det er forventet at de som ansatte skal ta særlig hensyn på fritiden og ikke være med for mange mennesker og dermed utsette seg selv for smitte. Av den grunn kan vi også forstå at arbeidsplassen, herunder lederne, oppfattes som normsendere. Ved at den faktiske forventningen skapes av den enkelte selv, inngår arbeidsplassen og lederne i den generaliserte andre. For å oppsummere de siste tre avsnittene, viser det empiriske materialet at de ansatte disiplinerer seg selv ved at de gjør seg selv ansvarlig, med hensyn til sine subjektive følelser, omgivelsenes direkte og indirekte press, og/eller gjennom yrkesforventninger og arbeidsplassen.

#### 6.4. Implikasjoner av den selvoppofrende rollen

Med den selvoppofrende rolle kommer det forventninger om at man som ansatt i hjemmebaserte tjenester oppfører seg etter gjeldende normer. Disse normene er formelle så vel som uformelle. Som jeg så langt har vært inne på, betyr inngåelse i den selvoppofrende rollen at man som ansatt i tillegg til å følge nasjonale retningslinjer, gjør seg selv ansvarlig gjennom subjektive følelser og et opplevd forventningskrav fra omgivelsene og som yrkesutøver, og derfor disiplinerer seg selv. I dette avsnittet vil jeg diskutere hvordan de ansatte håndterer situasjoner hvor de utfører handlinger som regnes som normbrudd for rollen, og hvordan den selvoppofrende rollen har innvirket på relasjonene de ansatte har til sine venner og familier. Jeg vil introdusere og diskutere begrepet skjult fritid, som er en strategi de ansatte benytter for å opprettholde bildet av at de lever den selvoppofrende rolle fullt ut.

##### 6.4.1. Skjult fritid

Som jeg har vært inne på tidligere (se kap. 6.1.) er de ansatte sosiale og aktive på fritiden sin i en normalsituasjon. Ved å gå inn i den selvoppofrende rollen tar de ansatte fysisk avstand fra venner og familie, og dersom de inngår i sosiale aktiviteter, kan det for noen innebære følelser av skam. Sosiale aktiviteter blir derfor skambelagte handlinger. Som jeg var inne på er en del av yrkets ansvarliggjøring at de ansatte opplever skam om de blir smittet. Uansvarlighet er noe som er viktig for dem å ta avstand fra, og for å ikke bli oppfattet som uansvarlige,

forteller informantene at de unnlater å fortelle om fritiden sin hvis denne innebærer sosial kontakt med andre. Det er viktig for dem at kollegaer ikke skal få inntrykk av at de utgjør en smitterisiko, noe eksempelet med Nora illustrerer.

*Jeg hadde vært redd for at kollegaene mine skulle være redd for at jeg hadde blitt smitta. Mer den måten enn at jeg hadde følt på at de skulle dømme meg på en måte.*

Sitatet viser at hun ikke er redd for å bli dømt, noe som står i motsetning til hva de andre informantene sier. På spørsmålet om det er viktig for dem hvordan de fremstår som helsepersonell under koronapandemien, svarer de fleste anerkjennende «ja». Anna forteller blant annet at hun ikke vil utsette seg for noe, men at også frykten for å bli sett er en viktig faktor for hvorfor hun unngår sosiale sammenkomster.

*[..] Jeg vil ikke utsette meg for noe (smitte), jeg vil ikke bli sett av noen heller. Det er jo ikke bare det, men det i tillegg, sant. Tenk hvis noen fra jobb hadde sett meg, ja på en fest, eller jeg vet ikke, hva som helst.*

Det kan se ut til at de ansatte kan forvente sanksjoner fra kollegaene, noe som blir tydelig når ingen av informantene sier at de hadde turt å fortelle om det hvis de hadde vært på fest. Det kan tenkes at dette handler om synet på normbrudd. Samtlige av informantene forteller at det ville blitt reagert negativt på om noen hadde dratt på flere stevnemøter, fest, eller var med flere på fritiden. Også helsefagarbeiderlærlingene og praksisstudenten har en opplevelse av at det ikke ville vært akseptert å bryte normene for hva som er akseptabel oppførsel på fritiden. Helsefagarbeiderlærlingen Arne indikerer at å gå på fest er forbundet med skam.

*Hvis det hadde vært meg så hadde jeg ikke vært så høy i hatten og fortalt at jeg hadde vært på fest. Man må jo det hensynet og de reglene vi har, sant. Så jeg hadde ikke vært så høy i hatten overfor kollegaene mine da.*

Slik vi kan forstå dette, er fest forbundet med brudd på regler og å ikke ta hensyn. Ettersom handlinger, som for eksempel fest, blir dømt ut ifra hvordan det vil gå ut over det lønnede arbeidet, velger flere å ikke fortelle om det. Anna sier hun ikke ville fortalt det, og at det handler om hvordan de andre ser på henne som person. Hun vil ikke at kollegaene skal se på henne som en person som ikke tar jobben seriøst eller bryr seg, ettersom hun selv mener det er viktig at de ansatte bryr seg på fritiden.

*[..] Når du gjør sånne ting, så kan du litt for det på en måte, sant. Da er det litt sånn, det er en grunn til at vi skal unngå disse tingene. Det er fordi dette kan skje. Men hvis du på en måte lever sånn som man skal, og følger alle råd og alt det der, så kan du på en måte ikke noe for det. Altså, da har du gjort det du kunne. Det er en forskjell der da tenker jeg. Hvis du bevisst går på en fest og ikke bryr deg, enn hvis du faktisk bryr deg og prøver å gjøre det du kan, og likevel blir smittet, da er det jo bare uflaks tenker jeg.*

Dette illustrerer to viktige poeng. For det første finnes det en opplevelse av hvordan de *skal* leve, og for det andre er det å gå på fest assosiert med å ikke bry seg. Derfor er det viktig å ta avstand fra fest, ettersom mye av grunnen til at de trer inn i den selvoppofrende rollen er nettopp på bakgrunn av deres subjektive følelser. Dette kommer til syne når flere av informantene sier de aldri ville gjort noe som ville utsatt pasientene for smitte. Som jeg har vist tidligere (se kap. 6.2.4.) eksisterer det en tanke om at de ansatte tenker likt, noe som understrekes av at informantene har en oppfatning av at kollegaene holder seg borte fra sosiale sammenkomster på fritiden. Dette inntrykket ser ut til at kommer av at de ansatte velger å skjule fritiden sin. Hvis de ansatte skal gjøre noe på fritiden som kan bli oppdaget, velger de å på forhånd å fremstille seg som ansvarlige, noe eksempelet med Emilie illustrerer.

*[..] Man trenger ikke spør en gang, før personen selv sier, men det er med restriksjoner, og sånn og sånn, vi har avstand, vi er bare så, så mange. Men hvis en hadde sagt, ja var på fest med mange ukjente i helgen, så hadde det nok kommet kommentarer [..] Så jeg ser det at, ja at, man kanskje skjuler litt da.*

Emilie erkjenner at det kan tenkes at kollegaene skjuler fritiden sin, og at de fremstiller seg som ansvarlige overfor kollegaene. I tillegg til reaksjoner fra ansatte, kan det se ut som at grunnen til at de ansatte skjuler fritiden også er på grunn av ledernes forventninger. Som vist under ansvarliggjøringen gjennom yrket, innebærer dette også hvordan de tror lederne ville reagert. Vegard som er fagansvarlig sier det hadde vært helt uakseptabelt for de ansatte å gå på fest nå, selv om dette ikke har blitt uttrykt eksplisitt. Han sier også at han ville tatt det opp med ansatte om de hadde gått på stevnemøter, til tross for at han selv mener det ville vært en alvorlig inngripen i privatlivet.

Det kommer klart til uttrykk i det empiriske materialet at de ansatte skjuler fritiden sin, og at det er viktig for dem å fremstå som ansvarlige. At de knytter sine viktige, personlige verdier til «riktig» oppførsel på fritiden, underbygger den subjektive aksens av ansvarliggjøringen i den selvoppofrende rollen. Ved at de skjuler delene av fritiden som bryter med forventningene og normene for den selvoppofrende rollen, opprettholder de bildet av seg selv

som selvoppofrende, noe jeg velger å kalle *skjult fritid*. I henhold til Goffmans terminologi (1974) kan vi forstå det som at de styrer inntrykkene de andre har av dem gjennom *skjult fritid*. Viktigheten av å fremstå som selvoppofrende kommer til syne ved at de ansatte på forhånd legitimerer sine handlinger på fritiden, og at de på denne måten styrer inntrykkene de andre har av dem.

#### 6.4.2. Endrede relasjoner

Å leve ut den selvoppofrende rolle innebærer som sagt å minimere fysisk kontakt med venner og familie. Informantene virket noe ambivalente i hvordan relasjonene til venner og familie har blitt påvirket. I starten av intervjuene forteller informantene at forholdet til venner og familie ikke har endret seg, men etter hvert som vi kom nærmere inn på det, forteller de om hvordan forholdet til familie og venner har blitt endret. Blant annet forteller de om kontakt som har blitt vanskeligere med tiden, og om venner som fortsatt møtes og drar på fest, noe de selv går glipp av. Det virker imidlertid ikke å plage dem, til tross for at de har møtt reaksjoner fra venner, noe Emilie er et godt eksempel på. Det viktigste for henne er å ikke bli utsatt for smitte.

*Det har jo vært litt sånn, i vertfall i begynnelsen, at ja, nå er du aldri med på noe. Men som sagt, i det siste, så har det kanskje gått litt mer opp for dem og da. Men, det er jo ikke sånn at jeg på en måte er lei meg for at jeg ikke har vært med på ditt og datt. For jeg tenker at det viktigste, altså at jeg bryr meg mer om at jeg er sikker på at jeg ikke har blitt utsatt for noe mer smitte.*

Til tross for at vennene etter hvert har fått større forståelse for at de ansatte velger å ikke delta, viser empirien at det har oppstått uenigheter med venner, noe som igjen har ført til flere diskusjoner. Uenighetene baserer seg på forskjellig syn på smitterisiko, og de ansatte må begrunne deres svar med deres ansvar som helsepersonell. Det er fordi at de er helsepersonell de velger å si nei, og for noen har dette ført til eksklusjon. Flere forteller at de med tiden har sluttet å få invitasjoner. Denne forståelsen de etter hvert har møtt fra venner baserer seg på at vennene har forstått at de må ta ansvar som helsepersonell, men har ført til negative sanksjoner for rollen som venn. Signalene det gir å være helsepersonell under en pandemi virker å ha avgjørende betydning for hvordan vennene opptrer rundt dem, noe sitatet med Nora godt viser.

*[..] Det er veldig mange av vennene mine som tar hensyn på vegne av meg. Jeg har en kompis som bor i Oslo, som skulle til (kommunen) nå nylig en helg, så sa han at han ikke ville besøke meg, for han ville ikke smitte meg. Fordi han var redd for mine pasienter. Sant. Altså det er litt sånn, folk er redde for å være med meg fordi jeg er sykepleier [..]*

Som sitatet viser behandler vennene henne ut ifra rollen som helsepersonell. I henhold til Goffmans terminologi (1974), kan vi forstå at uttrykkene de ansatte avgir som helsepersonell har innvirkning på interaksjonen de har med venner. Det virker imidlertid til at uttrykkene de selv har gitt, ved å holde seg borte med referanse til rollen som helsepersonell, selv har forsterket uttrykkene de selv avgir. Med dette kan vi forstå at den selvoppofrende rollen har en funksjon som normsender for omgivelsene ved at den instruerer vennenes handlinger rundt de andre rollene, som for eksempel rollen som venn. Det som blir tydelig er at den selvoppofrende rollen innebærer å unngå fest og sosiale sammenkomster, og at de på den måten ofrer sin egen fritid. At de disiplinere seg selv med referanse til det lønnede arbeidet, og at arbeidet på den måten legger føringer for hvordan de skal forholde seg til venner og familie, samtidig som vennene behandler dem ut ifra rollen som helsepersonell, tilsier at arbeidet koloniserer fritiden under koronapandemien.

Informantene har forsøkt å opprettholde kontakten med venner på sosiale medier og på telefon, noe som har blitt vanskeligere med tiden. Jeg identifiserer en kjønn distinksjon i hvordan selvoppofrelsen har gått ut over forholdet til venner. De kvinnelige informantene forteller at de har forsøkt å holde kontakt via telefon og sosiale medier, og til tross for at kontakten med venner har gått noe ned for dem, virker utfordringen å være annerledes hos de mannlige informantene. Det kan se ut til at mennene er mer avhengige av å kunne møtes fysisk, noe som har ført til at kontakten har blitt mer begrenset for dem enn for kvinnene. Statistikk viser at flere menn enn kvinner oppgir å ha få nære venner, og har mindre vennekontakt enn kvinner, også gjennom internett og telefon (SSB, 2016). Arne sier at forholdet til venner har vært preget av avstand, og han nevner ikke kontakt via telefon når vi er inne på temaet. Også Vegard synes forholdet til venner har blitt vanskelig, og han forteller at det ikke er lett å holde kontakt digitalt.

*[..] Altså, syns det er lettere å møtes. Det er ikke sånn at jeg setter meg ned og sender en SMS på en måte til en kompis. Sånn, ja vel, hei, hvordan har du det. Det har jo vært mer sånn, da ringes vi, hallo, jeg kommer på besøk. Sant, før pandemien. Men selvfølgelig har det gått ned på kontakten med dem. Så det blir jo spennende å se hvor lenge dette varer [..]*

Også relasjonen til kjærester, samboere, barn og familie har blitt påvirket av den selvoppofrende rollen. Sykepleierstudenten Sofie er eneste som ikke har samboer, og hennes forhold til kjæresten har blitt preget av den selvoppofrende rollen. Ettersom hun på grunn av smitterisikoen vil unngå unødvendige reiser med buss, ser hun nå kjæresten mindre. Selv om hun synes det er tøft, velger hun å minimere kontakten. Smittefrykten viser seg også igjen i de andre rollene informantene innehar på fritiden. Ettersom samboeren til Emilie jobber som lærer, og det ofte er sykdom på skolen, tar hun nå ofte temperaturen på ham, og velger å ta fysisk avstand fra han. Hun sier at hun holder seg langt unna, og at han får «holde på med sitt snott» en annen plass. Informantene med barn, Vegard og Amal, har begge opplevd at familielivet har blitt påvirket, noe som for begge henger sammen med at de nå er mye mer sammen i hjemmet. Vegard forteller at han i større grad tar avstand fra omsorgsoppgaver i hjemmet grunnet fryktet for å bringe med seg smitte på arbeidet. Han forteller blant annet at moren tar seg av «kosen» om sønnen slår seg, hvis det er risiko for smitte. De ser begge også mindre til besteforeldre, og som Vegard fremhever, treffer de nå kun besteforeldrene om de føler seg «pigge». Han forteller at besteforeldrene hadde planlagt en reise, og om de dro, ville han sanksjonere dem, noe han også ville gjort om de traff venner.

*[..] Og da sa jeg sånn, da ser dere ikke oss på 14 dager, er konsekvensen på det. Så dere får velge å dra, eller velge å ikke dra. Da treffer dere ikke meg eller barnebarnet på 14 dager. Og det, sant, samme med min mor, er ekstremt aktiv person med venner og sånn, så sa jeg at du er nødt å prioritere. Enten treffe alle vennene som du vil, det driter vi hundre null i, men da får du ikke treffe barnebarnet ditt [..]*

Dette viser igjen at den selvoppofrende rollen har funksjon som normsender, ved at familie får pålegg om hvordan de skal oppføre seg rundt den selvoppofrende rollen de ansatte har på fritiden.

De andre informantene har alle samboere, og forteller at det har gått fint i samlivsrelasjonen under pandemien. Samtidig kommer det frem at forholdet etter hvert har blitt preget av mer krancling. Ved at de isolerer seg hjemme, ser de nå for det meste kun samboeren. Som jeg har vært inne på tidligere tar de ansatte med seg jobben hjem og tenker mer på arbeidet. Dette har sammen med det opplevde ansvaret de opplever på fritiden, og endringer i tjenestene, bidratt til at de opplever at arbeidsmengden har økt, og som igjen har ført til at de er mer stresset. Tidligere forskning har vist at opplevelsen av ansvar og opplevelsen av redusert kvalitet i arbeidet er viktige stressfaktorer i hjemmebaserte tjenester, noe som i dette tilfellet har blitt



forsterket under pandemien (Kirchoff, 2011). Vegard forteller hvordan det økte stresset har påvirket stemningen i hjemmet, og at det lettere kan oppstå konflikt.

*Jeg er mer stresset. Jeg tenker mer på jobb hjemme nå enn jeg gjorde før. Og jeg merker selv, har tatt meg i selv og, at jeg merker jeg er mer, har jeg hatt en dårlig dag på jobb, så er jeg mer irritabel hjemme [...] Det er rett og slett bare enkelte sånne diskusjoner som kunne ha blitt unngått hvis jeg hadde hatt en bedre dag på jobb for eksempel. Ja. Så lettere gå i konflikt hjemme da hvis jeg er irritert og sint for noe på jobb [...]*

Det kan virke til at det som oppleves som vanskelig slippes ut hjemme og presser situasjonen der. Det ser likevel ikke ut til at de får bearbeidet stresset hjemme. Noe av forklaringen kan være på grunn av taushetsplikten, noe forskning viser at er en grunn til at ansatte i hjemmebaserte tjenester ikke får bearbeidet stressfylte situasjoner utenfor arbeidsplassen (Kirchoff, 2011). Stresset påvirker også forholdet til kollegaene. Informantene er noe ambivalente på spørsmålet om forholdet til kollegaene under pandemien. På den ene siden forteller de at arbeidsmiljøet og kollegaene har blitt viktigere, mens på den andre siden har stemningen på arbeidsplassen blitt svekket. At de ikke vet hvem som er på jobb, på grunn av de mindre gruppene de jobber i, har ført til at noen er mer ensomme i lunsjpausene når de kun får spise lunsj på tildelt grupperom. Samtidig sier flere at de har fått kortere lunte på grunn av lengre arbeidsdager, noe som ser ut til å ha gått utover arbeidsmiljøet. Som Nora forteller, har det blitt dårlig stemning.

*Og kollegaer som er stressa, man opplever jo at, altså man blir jo påvirket av dette stresset, selv om ikke jeg blir så veldig stressa, sånn psykisk. Jeg merker jo at det er mer slitsomt hvis jeg har tre kollegaer som konstant dritsure, men så er de egentlig ikke sure, de er stressa. Så må jeg forholde meg til det [...] Vi har fortsatt et godt arbeidsmiljø, men nå er det nok litt mer preget av litt mer sur stemning, av og til. Sant, det er jo en måte jeg føler mine kollegaer uttrykker stress på da. Det er jo at man blir sur. Og at man gjerne bjeffer litt.*

Dette er et godt eksempel fra det empiriske materialet på hvordan den nye hverdagen har påvirket interaksjonen mellom de ansatte. Det har bygget seg opp et stress som går ut over relasjonene på både arbeidsplassen og på fritiden, og de endrede relasjonene gir et bilde av hvordan den selvoppofrende rollen på flere måter har bredt seg ut over de andre roller de ansatte besitter.

## 6.5. Studentens dilemma

Den selvoppofrende rollen de ansatte trer inn i har ulike normsendere, som bidrar til å skape forventningene til hvordan de skal oppføre seg. For sykepleierstudenten Sofie har hun ytterligere to viktige normsendere for hvordan hun skal oppføre seg på fritiden, og som bidrar til å legge press på henne. Den første er utdanningsinstitusjonen hun er underlagt, som vil være universitetet hun tar utdanningen sin ved. Den andre er institusjonen hun er tilknyttet gjennom deltidsarbeidet, som er sykehjemmet. For Sofie har det vært vanskelig å balansere tilværelsen som student, arbeidstaker og praksisstudent. Som student er hun avhengig av kollektivtransport, noe hun tenker på når hun må komme seg til og fra både praksissted og arbeidsplassen. Hun må ha jobb ettersom hun er student, og hun er også avhengig av buss. Til tross for at terskelen for å holde seg hjemme har vært lav både hos praksisstedet og arbeidsplassen, legger universitet et press på henne.

*[..] Fra skolen sin del, og fra praksis sin del, vi har lov å være 3 dager vekke i de 8 ukene vi er her. Vi har 3 fraværsdager. Og hvis ikke de fraværsdagene, altså hvis vi har flere fraværsdager enn det, så er det stryk i praksis [..]*

Ved å være borte i mer enn 3 dager, risikerer hun altså å stryke praksis, og med det ikke fullføre utdannelsen innen normert tid. Sofie forteller at universitetet har sagt det vil bli ordnet, men dette ville resultert i et langt skriftlig arbeidskrav hvis hun er borte en dag for mye. Dette har blitt gjort for å kompensere for fraværsdager, og for at terskelen for å holde seg hjemme skal være lav. Likevel opplever hun at det ikke er lagt til rette for deres studiehverdag, og at hun og hennes medstudenter ikke har tid til å skrive dette arbeidskravet, ettersom det er for stort. Eksamen avholdes like etter praksis, og som praksisstudent tilsvarende arbeidshverdagen en 80% stilling. Det er med det kun en studiedag ledig. Sofie sier hun håper at hun absolutt ikke må være mer borte, og at det kan være lettere for henne å trosse symptomer for å gå på jobb for å få godkjent praksis.

*Det kan jo være, men jeg hadde ikke gjort det likevel. Men, det kan være jeg hadde måttet tenke meg en ekstra gang om. På grunn av det.*

At hun risikerer å ikke få godkjent praksis setter henne i en vanskelig situasjon, og skaper et etisk dilemma; risikere å smitte pasienten, eller risikere å ikke få godkjent praksis.

Arbeidskravet virker ikke å være tilpasset koronasituasjonen, og bidrar til at Sofie og hennes

medstudenter ville vurdert å trosse symptomer for å unngå arbeidskravet. Dilemmaet sykepleierstudenten havner i fører med det til enda strengere tiltak på fritiden.

### 6.5.1. Rollekonflikt

På lik linje med de andre informantene, opplever heller ikke Sofie at noen har fortalt henne hvordan hun skal leve på fritiden. Hun indikerer likevel at de ulike normsenderne hun forholder seg til fører noen retningslinjer.

*[..] Det er absolutt viktig for meg at jeg overholder de retningslinjene som skolen har satt, som arbeidsplassen har satt, og som staten og kommunen har satt.*

Å være i besittelse av flere roller, med forskjellige aktører som normsendere, kan føre til en rollekonflikt. Som nevnt i kapittel 4.2.1. kan det oppstå rollekonflikt når det stilles forskjellige forventninger i omsorgsarbeidet, i dette tilfellet for praksisstudenten, og vi kan skille mellom en inter- og en intrarollekonflikt. I en interrollekonflikt er problemet knyttet til å inngå i flere roller samtidig, og disse ikke harmonerer, mens i en intrarollekonflikt handler om hva rollen faktisk innebærer, og oppstår når det stilles forskjellige eller motstridende forventninger til rollen (Schiefløe, 2017). Sofie har opplevd en del press ettersom hun både er student, har deltidsarbeid og er i praksis. Retningslinjene har hun forståelse for, men opplever at det som student kan være vanskelig å vite hva hun skal gjøre.

*[..] Men jeg kjenner på, både fra praksisplass og fra jobben, at det er litt forskjellige meninger om det der. Og at de da krever at vi er ekstra forsiktig, når det gjelder smittevernregler på grunn av at vi jobber på to arbeidsplasser. Fordi at de som ikke er i praksis, men jobber på to arbeidsplasser, eller to institusjoner innenfor helse, at de blir anbefalt å bare ha en.*

Bakgrunnen for usikkerheten kommer av at hun opplever at det finnes tydelige retningslinjer for faste ansatte, men ikke for studentene. Samtidig opplever hun at det finnes retningslinjer, men at disse er uklare, noe som fører til at hun selv må vurdere hva som er riktig.

*Ja, det kjenner jeg på. Og litt på grunn av meg selv og, for jeg lurte på om det egentlig er innafør. Og bare, at jeg skulle ønske at de var litt, litt mer tydelige kanskje. Fra skolen, arbeidsplassen og praksisplassen. At de var litt mer tydelig på hva vi skal gjøre. Hvordan skal gjøre det. Sånn at jeg slipper å gruble på om jeg, om det er etisk riktig for meg å ha, å være i praksis som jeg har jobb i helgene.*

På den ene siden opplever hun et press, men samtidig er det uklart for henne hva hun skal gjøre. Slik vi kan forstå dette, oppstår det i hennes tilfelle en intrarollekonflikt ved at de ulike normsenderne gir henne ulike og uklare beskjeder. Det oppstår også en interrollekonflikt, og handler om at studenten er innehaver av flere roller samtidig. Hun forteller at det er opp til hun selv hva hun skal gjøre, og som sitatet over viser, indikerer hun at rollene som student, arbeidstaker og praksisstudent ikke harmonerer. Studentens dilemma som eksempel illustrerer dette godt, når hun møter forskjellige forventninger fra universitetet, arbeidsplassen og praksisstedet, og må selv håndtere dilemmaet som konflikten skaper.

### 6.5.2. En usynlig hierarkisk orden

Ettersom sykepleierstudiet i stor grad er praksisbasert, legger Sofie trykk på viktigheten av praksis. Hun har alltid gledet seg til praksis, men har opplevd praksisperioden under pandemien som utfordrende, og at hun ikke sitter igjen med det læringsutbyttet hun skal. Dette samsvarer med tidligere forskning som peker på at sykepleierstudenter har opplevd endringer i praksis og reduserte læringsmuligheter under pandemien (Melby m.fl., 2020). I Sofies tilfelle handler dette om at hun kun har fått lov til å gå sammen med veileder på veileders liste. Dette er vanlig for studenter i praksis, men på grunn av endringer i organiseringen ved at de ansatte må være i ulike team, har det ikke vært mulig å delta på oppdrag som ville vært nyttig for læringsutbyttet. Av den grunn opplever Sofie praksisperioden som mangelfull.

Sofie sier hun også har kjent på at de er flere på jobb på grunn av studentene. De har fått streng beskjed om at de ikke kan ha flere studenter på samme vakt, og praksisstedet har brukt mye tid på å organisere vakter slik at de som studenter har fått oppnådd antall vakter som kreves i praksis. Dette opplever Sofie har tatt unødvendig mye tid, som utenfor pandemien ikke ville ha vært i fokus. Alt i alt har hun følt seg uønsket på praksisstedet.

*[..] Vi har fått tilbakemelding fra avdelingsleder at hun egentlig ikke synes det er rett å ha studenter i denne tiden, som vi er i nå, for hun allerede er presset på hvor mange hun har lov å ha på vakt på en gang. Når det gjelder hvor stort vaktrommet er og sånne ting. Så sånn administrativt, så har det vært mye greier.*

Følelsen av å være uønsket baserer seg kun på behandlingen fra lederne, og hun forteller at veilederen synes det er fint å ha studenter, og ettersom hun kommer med oppdatert kunnskap, opplever hun også at kollegaene har tillit til henne. Lederne uttrykker på sin side at det er «stress» at de er der, noe som fører til at hun føler seg som en belastning. I tillegg sitter hun igjen med en opplevelse av å ikke bli inkludert.

*Ja, vi har jo blitt sendt ut av morgenmøter for eksempel, fordi det er for mange, og da er det sånn, studentene dere trenger ikke være her. Så kan ikke dere sette dere på et annet rom. Litt sånne ting. Og bare det at vi får høre fra avdelingsleder at hun egentlig ikke vil ha oss her [..]*

I tillegg til å ikke bli inkludert, opplever hun heller ikke tillit fra ledelsen. Sofie forteller om en hendelse der det hadde vært smitteutbrudd blant deltakerne i en fritidsaktivitet hun deltar i. Dagen det var risiko for smitte var ikke Sofie til stede, og hun hadde heller ikke vært i kontakt med noen av de andre deltakerne. Likevel møtte hun fordommer fra lederne ved praksisstedet.

*Og da fikk jeg høre det fra lederne på avdelingen, at jeg fikk ganske streng beskjed om at jeg ikke måtte gå. Og fikk på en måte litt inntrykk av de følte, jeg følte at jeg ikke, altså hun var litt sånn, men bør du være på jobb. Og da fikk jeg på en måte, den måten hun snakket på, da fikk jeg inntrykk av at hun tenkte at jeg ikke hadde gjort det på riktig måte [..]*

Det kan se ut til at studentene hurtigere mistenkeliggjøres som smittebærere, og ikke oppfattes som fullt utviklet ansvarlig helsepersonell. I motsetning til Sofie, opplever verken helsefagarbeiderlærlingene Arne og Susanne at de møter noen fordommer, noe som indikerer at deres status på arbeidsplassen kan være ulik. Det har lenge eksistert sosiale skiller mellom yrkesgruppene innen helse- og omsorgstjenestene, og har å gjøre med faktorer som klassebakgrunn, utdanning, sosial verdsettelse og hvor i helsehierarkiet en er plassert (Høst, 2007, s. 69). Dahle og Seeberg (2013, s. 83) peker også på at det historisk har vært skiller mellom yrkesgruppene i helsevesenet basert på kjønn og klasse. På toppen av hierarkiet finner de mannlige leger fra middelklassen, kvinnelige sykepleiere fra middelklassen i midten, og kvinnelige hjelpepleiere fra arbeiderklassen på bunnen. Økende innvandring har tydeliggjort hierarkiet, ved at ufaglærte med innvandrerbakgrunn befinner seg nederst i hierarkiet. Videre peker Dahle og Seeberg (2013, s. 86) på at kunnskap og kompetanse er viktige sosiale kategorier innen helsetjenestene, og er rangert og verdsatt ulikt. Det er det eksisterende kompetanshierarkiet som bestemmer hvilken kompetanse som gir status og lønn, hvor kunnskap som assosieres med for eksempel medisinsk vitenskap, maskulinitet og rasjonalitet

verdsettes høyere enn for eksempel kunnskap som kreves på bunn av hierarkiet, som gjerne er praktiske og ikke har prestisje, og som har blitt overlatt til hjelpepleiere og ufaglærte. Det kan også være problematisk å delegere oppgaver «nedover i hierarkiet». Ludvigsen og Danielsen (2014, s. 57) viser i sin studie at sykepleiere opplever helsefagarbeidernes mangel på kunnskap og varierende skjønn som barrierer for å delegere ansvar og oppgaver til dem.

Ut ifra et tenkt kompetansehierarki, kan man forstå sykepleiernes status som høyere enn helsefagarbeidernes, med bakgrunn i deres medisinske kunnskap, og at ufaglærte er på bunn. Sykepleierne Amal og Emilie forteller at de som sykepleiere har kunnskap andre ikke har, og at de har mer det overordnede ansvaret, noe også Nora er et eksempel på da hun ble delegert lederoppgaver i ledernes fravær. At også helsefagarbeider Julia, som tidligere har vært ansatt som ufaglært sier hun følte seg utnyttet da hun jobbet som assistent, forsterker bildet av at det eksisterer et hierarki. Samtidig kommuniseres det i dag likhet mellom de ulike yrkesgruppene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Haukelien, 2012). Dette kommer til uttrykk gjennom det empiriske materialet, ved at Julia opplever at hun som helsefagarbeider føler seg likestilt med sykepleierne. Hun anerkjenner likevel at sykepleierne har mer erfaring med medisin, som underbygger kompetansehierarkiet. Likheten hun opplever, sier hun kommer gjennom et godt og inkluderende arbeidsmiljø, hvor man er inkludert «uansett om man er vikar eller sykepleierstudent». Det er interessant hvordan Julia følte seg utnyttet som vikar, og at hun omtaler vikarer og sykepleierstudentene i samme ordelag. Det kan også vitne om at hun har fordommer mot sykepleierstudentene under pandemien.

*[..] Vi har jo et par unge folk som jobber hos oss, og når har vi fått inn sykepleierstudenter. Og når de kom inn, da kjente jeg at, jeg følte litt sånn, oi disse her kan jeg ikke være nær. Fordi du hørte jo så mye i media da når denne smittebølgen kom i september, med de studentene. Så du får jo plutselig litt sånn fordommer, selv om jeg vet at alle ikke gjør det, så er det jo litt sånn, man får jo litt sånn, oi, disse her må jeg ikke være så nært på en måte [..] Så ser du jo på Instagram og sosiale medier at de er med flere folk. Da blir du litt sånn fordomsfull på en måte.*

Som Julia forteller, kan det virke til at hun ikke har tillit til at studentene spiller den selvoppofrende rollen fullstendig ut. Helsefagarbeiderlærlingene har som nevnt på sin side ikke opplevd noen fordommer. Susanne opplever at hun har full tillit blant kollegaene, og Arne forteller at han føler seg likestilt med de andre ansatte på arbeidsplassen. Det både han og Susanne forteller er at de føler nesten som (ferdig utlærte) helsefagarbeidere, og at de ble godt tatt imot på avdelingen. Som Arne påpeker, har han fått god støtte.

*Ja, jeg gjør jo 90 prosent samme arbeidsoppgaver som alle andre, så føler meg ganske lik de da. Jeg gjør jo nesten alt det samme, så jeg føler meg som en helsefagarbeider nå liksom [...] Jeg ble jo fra starten, så ble jeg veldig godt tatt imot. Og de har støttet meg opp, og de har vist at de ville ha meg her da. Og lært meg godt opp. Og de bryr seg om jobben jeg gjør da. Så ja.*

Dette står i sterk kontrast til det Sofie forteller, noe som underbygger at deres status kan være ulik. Tidligere forskning viser at ledere opplever at lærlingordningene fungerer og er nyttige, og kan forklare hvordan helsefagarbeiderlærlingene opplever sin situasjon (Skålholt m.fl., 2013). En annen viktig forskjell som underbygger dette usynlige hierarkiet, er hvordan de ulike utdanningsgruppene opplever oppfølging. Helsefagarbeiderlærlingene forteller om svært god oppfølging og at lederne ofte spør hvordan de har det. Som Susanne sier, sender lederne melding en gang i måneden hvor god jobb hun har gjort, og at det bare er å sende melding hvis hun har spørsmål. Dette står også i sterk kontrast til Sofie, som verken får eller har fått tilbud opp oppfølging, og det faktum at hun føler seg ønsket.

Holdningene rettet mot sykepleierstudentene, sammen med erfaringene til dem under utdanning, indikerer at det under pandemien foreligger et usynlig hierarki i bunnen av organisasjonens sosiale struktur hvor de to utdanningsgruppene rangeres ulikt. Det må imidlertid ikke forstås som et hierarki dem imellom preget av overlegenhet og underdanighet. Hierarkiet er usynlig fordi det ikke er åpenbart, og fordi yrkene de utdanner seg til kan tenkes å tilsløre det faktum at det finnes et hierarki som går imot et tilsynelatende etablert kompetanshierarki. Jeg fremhever derfor at den eksisterer i organisasjonens sosiale struktur. At den er nederst i hierarkiet baserer seg på utdanningsgruppens grad av tilknytning til arbeidsplassen, men også fordi de ikke er ferdig utlært og må følge veileders liste. De er avhengige av at de ansatte og lederne i det eksisterende sosiale og organisatoriske hierarkiet aksepterer dem inn i fellesskapet og inkluderer dem. I dette tilfellet føler helsefagarbeiderlærlingene seg som en fullverdig del av organisasjonens sosiale struktur, i motsetning til praksisstudenten.

I dette kapittelet har vi sett at informantene har iverksatt strenge tiltak på fritiden, til tross for at de ikke har fått beskjed om hvordan de skal opptre, ved at de går inn i en selvoppofrende rolle. De gjør det med hensyn til det lønnede arbeidet og pasienten, og de iverksettes på fritiden fordi det er her de anser smitterisikoen som størst. For studenten har dilemmaet hun

havner i forsterket behovet for å tre inn i en selvoppofrende rolle, samtidig som hun ikke møter tillit fra avdelingen som student. For å opprettholde bildet av seg selv som oppofrende, skjuler de ansatte fritiden i større grad under koronapandemien. Den selvoppofrende rollen har også hatt innvirkning på relasjonene de ansatte har med andre både på fritiden og i det lønnede arbeidet.



## 7. Avsluttende diskusjon

### 7.1. Isolering, en omsorgshandling?

Wærness' (1984) bidrag om omsorgsrasjonalitet har vært inspirerende i det å forstå omsorgsarbeid som relasjonelt. I denne studien vil jeg understreke at målet ikke har vært å finne ut *om* de ansatte benytter sine følelser i arbeidet, men *hvordan* de knytter følelser til arbeidet. Gjennom det empiriske materiale i denne studien, kommer det frem at informantenes subjektive følelser spiller en viktig rolle i hvorfor de har valgt å bli helsepersonell, og hvorfor de velger å bli i yrket.

I henhold til forståelsen av omsorg som en prosess, slik Tronto og Fisher (2013) viser, kan vi forstå isoleringen som en erkjennelse av et behov, som de ansatte føler et ansvar for å dekke. Erkjennelsen av behovet kan her forstås som en prosess bestående av subjektive følelser og pasientens signaler. For det første oppdager de ansatte et behov for å ikke få smitte med inn til pasientene, ettersom de selv ikke ønsker at pasienten skal dø. Dette forsterkes igjen av signalene den utrygge pasienten sender. Når behovet er erkjent, må noen ta ansvar for å dekke behovet, et ansvar informantene opplever og som baserer seg på deres egne følelser, omgivelsens press og i yrket. Etter å ha tatt på seg ansvaret, utføres omsorgen for pasientene, i dette tilfellet ved at de ansatte disiplinerer seg selv for å ikke utsette pasienten. Derfor blir selve omsorgshandlingen her at de isolerer seg. Når handlingen er gjennomført, får de en respons. De ansatte ser at isoleringen har en funksjon. Tjenestene opprettholdes, og til en viss grad tjenestene til pasientene. Som en omsorgshandling er også isoleringen et uttrykk for generalisert gjensidighet ved at den er tilsynelatende altruistisk. De ansatte ofrer sin egen fritid hovedsakelig på grunn av pasientens beste. I henhold til Piliavin og Charngs definisjon (1990, s. 30), kan en handling sees på som altruistisk hvis den hovedsakelig er motivert av hensyn til andres behov ens eget. Eksempelet med Arne (se kap. 6.3.) illustrerer godt at handlingen går utover hans eget behov.

Jeg vil med dette konkludere med at isoleringen er en omsorgshandling. De ansatte dekker et behov, og de gjør det med referanse til pasienten og lønnsarbeidet.

## 7.2. Et endret og utvidet rollesett for helsepersonell i hjemmetjenestene

Ved å betrakte isoleringen som en omsorgshandling, må også den selvoppofrende rollen forstås som en ekspansjon av omsorgsgiverrollen. Under pandemien vil jeg derfor argumentere for at omsorgsgiverrollen har bestått av en omsorgsrolle, en arbeidstakerrolle og en selvoppofrende rolle. I det samlede bildet av situasjonen, må korona-avtalen nok en gang trekkes frem. Selv om den ikke ble tatt opp av informantene selv, har den lagt en ramme for det som har foregått i praksis ved at den muliggjør en redusering av hviletiden fra 11 til 8 timer. På anbefaling av staten har de ansatte blitt ofret på et organisatorisk nivå, som har vært forpliktende for de ansatte å følge. Etersom jeg har argumentert for at den selvoppofrende rollen har vært en hjørnestein i opprettholdelsen av tjenestene, må det tas i betraktning at 3 av timene av fritiden allerede har vært ofret til arbeidsgiver. Ved at de ansatte har ofret den resterende delen av fritiden selv ved å gå inn i en selvoppofrende rolle, har de ikke bare utvidet rollesettet for omsorgsgiverrollen, men også rollene på fritiden. Når de disiplinierer seg selv, tar de fysisk avstand fra sine venner. At de gjør det av hensyn til lønnsarbeidet, tilsier at lønnsarbeidet har kolonisert fritiden.

Ved at rollesettet har blitt utvidet, har også de sosiale rollene for fritiden endret seg. For omsorgsgiverrollen har rollene også blitt endret som følge av endringer i organisasjonen. Som jeg viste i kapittel 5.2. er omsorgsrasjonalitet en viktig del av omsorgsarbeidet. De har blitt glad i pasientene sine, og det vitner om at de ansatte har en andre-orientert bevissthet i møtet med pasientene. Under pandemien har tiden de ansatte har til å gjøre oppgavene sine blitt kraftig redusert, noe som har gått ut over tiden de har med pasientene sine. Ved at de ansatte i større grad har holdt fysisk avstand til pasientene, sammen med mindre tid hos den enkelte, har mulighetene for andre-orientering og omsorgsrasjonalitet vært begrenset under koronapandemien.

En viktig endring i omsorgsgiverrollen er at omsorgsrollen og arbeidstakerrollen har vært avhengig av den selvoppofrende rollen. Dette har skjedd ved at den selvoppofrende rollen har hatt en funksjon som opprettholder av de andre rollene. Ved å opprettholde arbeidstakerrollen har det vært mulig å opprettholde driften, og ved å opprettholde omsorgsrollen har de selv hatt innflytelse på tilbudet og omsorgsrelasjonen med pasienten. Omsorgsrollen har i tillegg blitt endret ved at de ansatte har fått ytterligere et nytt omsorgsbehov å dekke; den utrygge pasienten. Ved å måtte velge om de skal dekke dette omsorgsbehovet gjennom «trygging»,

skapes det dermed et nytt dilemma for omsorgsgiveren. Ved at de også har opplevd flere vanskelige pasienter etter pandemiens utbrudd, har de i større grad måtte bedrive emosjonelt arbeid i omsorgsrollen. For arbeidstakerrollen har også relasjonen mellom de ansatte blitt endret, særlig i form av å holde fritiden skjult. Det har blitt viktigere for de ansatte å fremstå som oppofrende, et bilde de opprettholder gjennom skjult fritid (se kap. 6.4.1.).

For studenten blir den selvoppofrende rollen viktig når det blir opp til hun selv å løse dilemmaet rollekonflikten hun havner i skaper (se kap. 6.5.). Empirien i denne studien tilsier også at rollen som praksisstudent har endret seg under pandemien, hvor studentene ikke blir inkludert og møter fordommer.

Ved å være i den selvoppofrende rollen, endres også relasjonene til venner, familie, kjærester og samboere. For mennene ser det ut til at det er vanskeligere å holde kontakten med sine venner, noe som har ført til at kontakten i sin helhet har blitt begrenset. Informantenes rolle som venn har også blitt endret ved at den gjennom den selvoppofrende rollen har fått funksjon som normsender, og at de velger å ikke være med på sammenkomster og aktiviteter med venner, som igjen forsterkes av at vennene etter hvert behandler dem med hensyn til rollen som helsepersonell.

Arbeidsdagene har blitt lenger ved at arbeidshverdagen i seg selv har blitt mer intensiv, og dels fordi den har blitt overgripende overfor fritiden. På grunn av arbeidsmengden og at de tenker mer på arbeid, opplever informantene at de er mer stresset. Dette stresset har ført til mer krangling med samboere, og kommer også til uttrykk mellom kollegaene. Stresset kan imidlertid forstås som et resultat av økt arbeidsmengde. Men ettersom de reagerer med stress både i hjemmet og på arbeidsplassen, må det tas i betraktning at den selvoppofrende rollen spiller inn. Ved å ta fysisk avstand fra samboere, samt distansere seg fra omsorgsoppgaver i hjemmet for informantene med barn, endres også rollen som samboer og som forelder. Ytterligere endres rollen som sønn/datter, ved at de gjennom den selvoppofrende rollen både tar fysisk avstand, men også gir pålegg og påbud til hvordan familie skal opptre rundt dem. For sykepleierstudenten har fokuset på isolering gått ut over forholdet til kjæresten ved at de ikke treffes så mye, og dermed har hennes rolle som kjæreste blitt endret.

Det kan se ut til at skillet mellom fritid og lønnsarbeid har blitt mer uklart under koronapandemien, ved at den nye selvoppofrende rollen plasseres i skjæringspunktet imellom

det lønnede arbeidet og fritiden. Hva de ansatte gjør på fritiden, som til vanligvis er avsperrert fra publikum, har blitt mer synlig, i den form at de ansatte selv har en forståelse av at det stilles krav til dem på fritiden. Rollen fremføres derfor foran et usynlig publikum. Det interessante her er hvordan den selvoppofrende rollen harmonerer med rollene i de lønnede arbeidet, men ikke med rollene utenfor arbeidsplassen, som indikerer en rollekonflikt med de andre rollene på fritiden. Ved å anse den selvoppofrende rollen som en del av det lønnede arbeidet, viser denne oppgavens empiri et klart bilde av hvor viktig følelser er i omsorgsarbeidet.

Ettersom driften av tjenestene har vært avhengige av de ansattes selvoppofring, som empirien tilsier at baserer seg hovedsakelig på deres subjektive følelser, vil jeg argumentere for at de ansatte har blitt utnyttet under koronapandemien. Denne utnyttelsen har kunnet skje usynlig, da oppofrelsen har funnet sted på fritiden, og det kun er de ansvarlige handlingene i forhold til lønnsarbeidet som blir sett, og ikke hva som er ofret for å oppnå det.

På grunn av deres subjektive følelser, har de ytt omsorg langt ut over hva som kan forventes. Som vist i kapittel 4.1.2. skriver Hem, Halvorsen og Nordtvedt (2014) at et for sterkt fokus på altruisme kan føre til utnyttelse av omsorgsgiveren. I denne studien opplever informantene et indirekte press fra sine ledere, noe som kan tyde på et underliggende fokus på at de ansatte burde ta altruistiske valg på fritiden. At informantene knytter sine subjektive følelser til den altruistiske handlingen, tyder på at altruisme er en personlig verdi hos de ansatte.

### 7.3. Veien videre

Omsorgsforskningen dekker flere tema, men slik jeg ser det har det oppstått et behov for å forske mer på hva arbeidet betyr for den ansatte, og hvordan det lønnede arbeidet influerer på fritiden, også i en normalsituasjon. Hvordan er forholdet mellom lønnsarbeid og fritid i en normalsituasjon? Det kan se ut til at tjenestene har tjent godt på de ansattes altruistiske verdier under koronapandemien, og det hadde vært interessant å se hvor viktige de ansatte har vært i opprettholdelsen av helsetjenester under koronapandemien. I tillegg blir det interessant å se om rekrutteringen har blitt påvirket av koronapandemien, og om pandemien kan føre til frafall.

## 8. Litteraturliste

Alver, B.G. og Øyen, Ø. (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdag: vurderinger og praksis*. Aschehoug: Oslo

Baldwin, J.D. (1986) *George Herbert Mead: a unifying theory of sociology*. SAGE: California

Bergsagel, I. (2020) *9 av 10 hjemmesykepleiere er redde for å smitte pasienter*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/03/9-av-10-hjemmesykepleiere-er-redde-smitte-pasienter> (Hentet: 23. februar 2021)

Bergsagel, I. (2021) *Sykepleiere er mer optimistiske nå enn i starten av pandemien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2021/05/sykepleiere-mer-optimistiske-na-enn-i-starten-av-pandemien> (Hentet: 12. juni 2021)

Beyrer, S., m.fl. (2019) *Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet*. Rapport nr. 2019/20: Statistisk sentralbryå

Blumer, H. (1954) *What is Wrong with Social Theory?* American Sociological Review, 19(1), s. 3-10

Blumer, H. (1962) *Society as Symbolic Interaction*, i Rose, A.M. (red.) *Human Behavior and Social Processes: An Interactionist Approach*. Routledge

Bolton, S. (2001) *Changing faces: nurses as emotional jugglers*, *Sociology of Health & Illness*, 23(1), s. 85-100

Bryman, A. (2012) *Social research methods*. 4. utg. Oxford University Press Inc: New York

Charmaz, K. (1996) *Grounded Theory*. I Smith, J.A., Harré, R., og Van Langenhove, L. (Red.) *Rethinking Methods in Psychology* (s. 27-49). Sage: London

Christensen, K. (1994) *Hvad indebærer det at udvikle empiristyret sociologisk teori?* Sosiologisk tidsskrift (4), s. 243-261.

Christensen, K. (1998a) *Omsorg og arbejde*. Universitetet I Bergen: Sosiologisk institutt

Christensen, K. (1998b) *Andre-orientering og omsorgsarbejde*. I Social Kritik, 12: s. 56-72

Christensen, K. (1998c) I skyggen af Hellevik. Om udfordringer ved at arbejde empirinært. I Christensen, K. m.fl. *Prosess og metode*. Universitetsforlaget: Oslo

Christensen, K. og Pilling, D. (2018) Introduction. I Christensen, K. og Pilling, D. (red.) *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*. Routledge

Christensen, K. (2018). Myten om eldrebølgen. I Christensen, K. og Syltevik, L.J. (red.) *Myter om velferd og velferdsstaten*. Cappelen Damm: Oslo.

Christensen, K. og Syltevik, L.J. (1999) Omsorg, underordning og sosialpolitikk – en introduksjon til Kari Wærness' sosiologi. I Christensen, K. og Syltevik, L.J. (red.) *Omsorgens forvitring?: Antologi om utfordringer i velferdsstaten*. Fagbokforlaget

Christensen, K. og Wærness, K. (2018). Long-term care services in Norway: A historical sociological perspective. I Christensen, K. og Pilling, D. (red.) *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*. Routledge

Covid-19-forskriften (2020) *Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet* (FOR-2020-03-15-294) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470> (Hentet: 17. april 2021)

Dahl, H.M. og Eriksen, T.R. (2005) Introduction: Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. I Dahl, H.M. og Eriksen, T.R. (red.) *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*. Ashgate

Dahle, R. og Seeberg, M.L. (2013) *Does she speak Norwegian?* Ethnic dimensions of hierarchy in Norwegian health care workplaces. *Nordic journal of migration research*, 3(2), s. 82-90

Dølvik, J.E, m.fl. (2014) *Den nordiske modellen mot 2030: Et nytt kapittel?* Rapport: FAFO

Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press: Cambridge

Folkehelseinstituttet (2020) *Råd og informasjon til risikogrupper og pårørende*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/risikogrupper/> (Hentet: 19. mai 2021)

Fonn, M. (2020) *Hjemmesykepleie mot korona: delte lokalene med teip*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/03/hjemmesykepleien-mot-korona-delte-lokalene-med-teip> (Hentet: 13. februar 2021)

Førland, O, Alsvåg, H. og Tranvåg, O. (2018) *Perspektiver på omsorgsforskning*, tidsskrift for omsorgsforskning, 3(4), s. 196-214

Gane, M. (2006) *Auguste Comte*. Taylor & Francis: Florence

Gautun, H. (2020) *En utvikling som må snus: Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Rapport: Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Glad, T. (2019) *Arbeidsglede i hjemmesykepleien*. Norsk tidsskrift for helseforskning

Glaser, B.G. og Strauss A.L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 1. Utg. Aldine de Gruyter: New York

Goffman, E. (1974) *Vårt rollespill til daglig: en studie I hverdagslivets dramatik*. Oversatt av Risvik K. og Risvik K. (1974). Original tittel: *The presentation of self in everyday life* (1959) Dreyer: Oslo

Grønmo, S. (2016) *Samfunnsvitenskapelig metode*. 2. Utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Hansen, T. (2018) *New Public Management*. I store norske leksikon. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management) (Hentet 14. oktober 2020)

Haukelien, H. (2012) *Egalitet og hierarki i det norske helsevesen*. Telemarksforskning.

Heggestad, A.K.T., m.fl. (2020) *Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien*. Tidsskrift for omsorgsforskning 1(6), s. 1-4

Helsedirektoratet (2019) *Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefrav%C3%A6r-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene> (Hentet: 28. juni 2021)

Helsedirektoratet (2020) *Helsedirektoratet har vedtatt omfattende tiltak for å hindre spredning av Covid-19*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-har-vedtatt-omfattende-tiltak-for-a-hindre-spredning-av-covid-19#referere> (Hentet: 10. februar 2021)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30) Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1) (Hentet: 20. mars 2021)

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Samhandlingsreformen*. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 18. november 2020)

Helsetilsynet (2020) *Kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunene under koronapandemien*. Rapport: Helsetilsynet

Hem, M.H., Halvorsen, K. og Nordtvedt, P. (2014) *Altruism and mature care: some rival moral considerations in care ethics*. SAGE



Hjemås, G., m.fl. (2019) *Arbeidsmarked for helsepersonell fram mot 2035*. Rapport: Statistisk sentralbyrå.

Hochschild, A.R. (2012) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. University of California: Berkeley

Holm, S. og Wiik, H. (2020) *Bo lenger hjemme: Nye utfordringer for hjemmetjenesten*. Fagbokforlaget: Bergen

Høst, H. (2007) *Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv*. En studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960-2006. Doktoravhandling: Universitetet i Bergen.

Isaksen, L.W. (2015) Lokal likestilling og transnasjonale omsorgsrom. I Kvande, E., Bungum, B. Og Forseth, U. (red.) *Den norske modellen: internasjonalisering som utfordring og vitalisering*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Joas, H. og Knöbl, W. (2019) *Social Theory: Twenty introductory lectures*. Cambridge.

Kattouw C.E. og Wiig, S. (2018) *The organisation of community nursing services may impact negatively on safety and the quality of care*. Sykepleien forskning

Kirchoff, J.W. (2011) *Yrkesrelatert stress i de hjemmebaserte tjenestene*. Sykepleieforskning 6(2), s. 144-150

Klein, J., Dalgard, O. og Jensen, H.L.B. (2020) *Koronavirus*. I store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/koronavirus> (Hentet: 11. januar 2021)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (Hentet: 14. mars 2021)

Levin, I. og Trost, J. (2005) *Hverdagsliv og samhandling: med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Fagbokforlaget: Bergen

Ludvigsen, K. og Danielsen, H. (2014) *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* NORCE: Bergen

Lunde B.V. og Otterlei, J.B. (2020) Tjenester til hjemmeboende eldre – tilstand og utfordringer. I Anvik, C.H., m.fl. (2020) *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer*.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget.

Melby, L., m.fl. (2020) *Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien*. SINTEF

Michaelsen, J.J. (2011) *Emotional distance to so-called difficult patients*. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 26(1), s. 90-97

Munkejord, M.C., Eggebø, H. og Schönfelder, W. (2017) *Hvordan ivaretas den sosiale omsorgen? En studie av brukeres, pårørendes og ansattes erfaringer med hjemmebasert eldreomsorg*. NORSE: Bergen

Munkejord, M.C., Eggebø, H. og Schönfelder, W. (2018) *Sosial omsorg – fra blind flekk til sentralt innsatsområde i hjemmebasert eldreomsorg?* Tidsskrift for omsorgsforskning 3/2018 volum 4, s. 298-306

Norsk sykepleierforbund (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 7. januar 2021)

Nortvedt, P. (2001) Profesjonell omsorg – dyd eller ferdighet? I Ruyter, K.W. og Vetlesen, A.J. (red.) *Omsorgens tvetydighet*. Gyldendal akademisk: Oslo

Næss, S. og Wærness, K. (1996) *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995*. SEFOS: Bergen

Næss, S. (2005) *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Universitetsforskning: Bergen

Næss, G. og Tønnesen, S. (2020) *Covid-19 har stor innvirkning på hverdagen til sykepleiere i geriatrien*. Rapport 2020/108: Sykepleien forskning

Piliavin, J.A. og Charng, H. (1990) *Altruism: A review of Recent Theory and Research*, *Annual review of sociology*, 16 (1), s. 27-65.

Ragin, C.C. og Amoroso, L.M. (2019) *Constructing Social Research*. SAGE.

Rapley, T. (2004) Interviews. I Seale, m.fl. (red.) *Qualitative Research Practice*. SAGE.

Rasmussen, B. (2007) Nye kontrollformer i (post)moderne organisasjoner. I Hjellbrekke, J., Olsen, O.J., og Sakslind, R. (red.) *Arbeid, kunnskap og sosial ulikhet*. Unipub.

Regjeringen (2021a) *Regionale tiltak ved lokale smitteutbrudd*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/sporsmal-og-svar-om-koronasituasjonen/tiltaksniva-ved-lokale-smitteutbrudd/id2831989/> (Hentet: 11. mai 2021)

Regjeringen (2021b) *Liste over virksomheter med kritisk samfunnsfunksjon og nøkkelpersonell*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/8da70b8196a24296ae730eaf99056c1b/liste-over-kritiske-samfunnsfunksjoner\\_oppdateret.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8da70b8196a24296ae730eaf99056c1b/liste-over-kritiske-samfunnsfunksjoner_oppdateret.pdf) (Hentet: 11. mai 2021)

Regjeringen (2021c) *Om behov for ekstraordinær forskrift om arbeidstid i forbindelse med håndteringen av korona-pandemien*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/asd/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte\\_brev/2020/om-behov-for-ekstraordinar-forskrift-om-arbeidstid-i-forbindelse-med-handteringen-av-korona-pandemien/id2694723/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/asd/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2020/om-behov-for-ekstraordinar-forskrift-om-arbeidstid-i-forbindelse-med-handteringen-av-korona-pandemien/id2694723/) (Hentet: 11. november 2020)

Repstad, P. (2007) *Hva er sosiologi*. Universitetsforlaget: Oslo.

Schiefloe, P.M. (2017) *Mennesker og samfunn*. Innføring i sosiologisk forståelse. 2. utg. Fagbokforlaget

Silverman, D. (2014) *Interpreting qualitative data*. 5. utg. SAGE: London

Skjøstad, O., m.fl. (2019) *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet*. Rapport: Statistisk sentralbyrå

Skålholt, A., m.fl. (2013) *Å bli helsefagarbeider: en kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsefagarbeiderfaget*. Rapport 5/2013. NIFU

Spekter (2020) *Avtale mellom norsk sykepleierforbund og arbeidsgiverforeningen spekter om utvidede rammer for overtidarbeid i forbindelse med koronavirusepidemien*. Tilgjengelig fra: [https://spekter.no/Global/Avtaler\\_protokoller/Avtaler2020/Avtale\\_NSF\\_om\\_utvidede\\_rammer\\_for\\_overtidsarbeid.pdf](https://spekter.no/Global/Avtaler_protokoller/Avtaler2020/Avtale_NSF_om_utvidede_rammer_for_overtidsarbeid.pdf) (Hentet: 10. oktober 2020)

Statistisk sentralbyrå (2016) *Sosial kontakt, levekårsundersøkelsen, 2015*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/eldre-og-enslige-har-minst-sosial-kontakt> (Hentet: 5. juni 2021)

Sæterstrand, T.M., Brinchmann, B.S. og Holm, S. (2015) *Hjemmesykepleiepraksis*. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk sykepleie* 29(1) s. 4-16

Tjernshaugen, A., m.fl. (2021) *Koronavirus-pandemien 2020-2021*. I Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/koronavirus-pandemien\\_2020-2021](https://sml.snl.no/koronavirus-pandemien_2020-2021) (Hentet: 1. mai 2021)

Tjora, A. (2018) *Viten skapt*. Kvalitativ analyse og teoriutvikling. Cappelen Damm.

Tjora, A. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis*. 2. utg. Gyldendal akademisk.

Tronto, J.C. (2013) *Caring democracy: Markets, Equality and Justice*. NYU Press

Utdanningsdirektoratet (2016) *Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3/ opplæring i bedrift (HEA3-02)*. Tilgjengelig fra: [https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett\\_visning](https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett_visning) (Hentet: 4. januar 2021)

Utdanning (2021a) *Sykepleier*. Tilgjengelig fra: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/sykepleier> (Hentet: 10. mai 2021)

Utdanning (2021b) *Helsefagarbeider*. Tilgjengelig fra: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider> (Hentet: 10. Mai 2021).

Watson, T. (2017). *Sociology, work and organization*. Routledge.

World Health Organization (2021) *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Numbers at a glance*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (Hentet: 26. mai 2021).

Wærness, K. (1978) *The invisible welfare state: Women's Work at Home*. *Acta sociologica* 21(1), s. 193-207

Wærness, K. (1984) *The Rationality of Caring, Economic and Industrial Democracy*, 5 (2), s. 185-211.

Wærness, K. (2000) *Hvem er hjemme?* Bergen: fagbokforlaget.

Wærness, K. (2001) Omsorgsetikk, omsorgsrasjonalitet og forskningens ansvar, i Ruyter, K.W. og Vetlesen, A.J. (red.) *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal akademisk

Wærness, K. (2005) Social Research, Political Theory and the Ethics of Care in a Global Perspective, i Dahl, H.M. og Eriksen, T.R. (red.) *Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State*. Ashgate

Wærness, K. (2010) Challenges for the future of public care: a lesson from Norway. I Auestad, R.A., Saito, Y., og Wærness, K. (red.) *Meeting the challenges of elder care: Japan and Norway*. Kyoto University Press: Japan

Aagestad, C., Schanche, P. og Moland, L. (2021) *Organisering, kompetanse og heltidskultur – i kommunale helse- og omsorgstjenester: En kunnskapsoppsummering*. Rapport: FAFO

Aakvaag, G.C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag: Oslo

Aarseth, H. (2011) *Moderne familieliv: Den likestilte familiens motivasjonsformer*. Cappelen Damm.

## Vedlegg 1- Intervjuguide

### **Bakgrunn:**

Først kan vi starte med noen spørsmål om deg selv.

1. Kunne du fortalt litt om deg selv, og hva som opptar tiden din?
  - a. Evt. Alder
2. Kan du fortelle litt om hvor du er født og om oppveksten din?
  - a. Har du søsken?
3. Hvordan er bosituasjonen din?
4. Har du barn?
  - a. Antall, kjønn og alder?
5. Er det noe annet du ønsker å dele om hva som skjer i livet ditt med tanke på familie, fritid eller annet?
6. Kan du si noe om utdanningsbakgrunnen din?
7. Når bestemte du deg for å velge denne utdanningen, og hva var det som gjorde at du valgte den?
8. Hvordan ser du på ditt valg av utdanning i dag?

### **Arbeid:**

9. Hvor lenge har du arbeidet som helsefagarbeider/sykepleier?
10. Hvor lenge har du vært i din nåværende jobb?
11. Kan du si noe om stillingsprosenten din?
12. Hvordan passer denne stillingen for deg?
  - a. Skulle du ønske at du hadde større/mindre stilling?
13. Hvordan vil du si mulighetene for større/mindre stilling er?
  - a. Har dette endret seg etter pandemien?
14. Kan du beskrive arbeidsoppgavene dine før pandemien?
15. Har du opplevd endringer i arbeidsoppgaver etter pandemien?
  - a. Evt. Hvilke?
  - b. Hva er den største endringen?
16. Hva liker du best med arbeidet ditt?
17. Hva er det mest negative med jobben din?
18. Hvilke egenskaper, verdier og holdninger mener du en person i ditt yrke burde inneha?
19. Hva er ditt ansvar når du er på jobb?
20. Har dette endret seg etter pandemien?
21. Har din yrkesgruppe et ansvar for at de omsorgstrengende i din jobbsituasjon ikke skal bli smittet?
  - a. Evt. På hvilken måte?
22. Hva tenker du i forhold til hvilke konsekvenser det har for de omsorgstrengende om de blir smittet?
23. Hvilke tanker gjør du deg opp om at kolleger kan bringe med seg smitte?

24. Er du redd for at medarbeidere er smittet?
25. Hvilke tanker gjør du deg opp om å selv bære med seg smitte inn på arbeidsplassen?
26. Er du redd for å smitte medarbeidere?
27. Går du noen gang på jobb med frykt for å bære smitte?
  - a. Evt. På hvilken måte?
28. Går dette ut over hvordan du har det når du er på jobb?
  - a. Evt. På hvilken måte?
29. Påvirker det hvordan du utfører noen av arbeidsoppgavene dine?
30. Går du noen gang på jobb med dårlig samvittighet?
31. Har du noen gang følt deg presset til å møte på jobb på tross av milde symptomer?
32. Vil du hevde at det er viktig å ta hensyn til de omsorgstrengende i din arbeidssituasjon?
  - a. Går dette ut over deg selv? På hvilken måte?
  - b. Vil du hevde at du setter de omsorgstrengende sine behov foran dine egne?
  - c. Hva motiverer deg til dette?

### **Fritid:**

Nå skal vi gå over til spørsmål knyttet til fritiden din.

33. Hvilke forventninger møter du fra samfunnet, venner og familie som sykepleier/helsefagarbeider?
34. Knyttet til det forrige spørsmålet, hvordan opplever du at det er forventet at din yrkesgruppe skal leve livene sine?
  - a. Er det et press?
35. I media har det vært en hyllest av helsepersonell. Kan dette bidra til å legge et ytterligere press på din yrkesgruppe?
36. Vil du si at arbeidet ditt legger føringer for hvordan du lever det sosiale livet ditt?
  - a. På hvilken måte?
  - b. Gjelder dette til vanlig, bare under pandemien, eller har det blitt forsterket?
37. Kan du fortelle litt om ditt sosiale liv før pandemien inntraff, og hva du til vanlig gjør på fritiden din i både ukedager og helger?
38. Har dette endret seg etter pandemien, og eventuelt på hvilken måte?
39. På hvilken måte har din jobbsituasjon bidratt til at dette har endret seg?
40. Har dette gått ut over forholdet ditt til familie og venner, og eventuelt på hvilken måte?
41. Har samlivsrelasjoner blitt mer utfordrende under pandemien, og eventuelt på hvilken måte?
42. Har pandemien og ditt yrke gjort at du går glipp av flere ting enn mennesker i andre yrker, og er det noe du er spesielt redd for å gå glipp av?
  - a. Har du gått glipp av noe?



- b. Hvordan har familie og venner reagert?
- 43. Setter du arbeidet ditt foran det sosiale livet ditt?
  - a. Føler du det er verdt det?
- 44. Opplever du at yrket ditt verdsettes i stor nok grad?
  - a. Har dette endret seg etter korona?
- 45. Hva tenker du om lønn?
- 46. Opplever du anerkjennelsen av arbeidet ditt som tilstrekkelig ut ifra hva du selv føler du fortjener?

### **Påvirkning og ivaretagelse på arbeidsplassen:**

Vi skal nå gå videre over på påvirkning og ivaretagelse på arbeidsplassen.

- 47. Vil du hevde at du har blitt påvirket personlig av arbeidssituasjonen din og korona?
- 48. Er du oftere sliten nå enn før korona?
  - a. Gått ut over søvn?
- 49. Har situasjonen vært en emosjonell belastning, og eventuelt på hvilken måte?
  - a. Hvordan påvirker dette deg?
- 50. I hvilken grad opplever du å bli ivaretatt på arbeidsplassen?
  - a. Får dere oppfølging?
  - b. Ønsker du bedre oppfølging, og hva kan dette være?

### **Arbeidsmiljø:**

Siste tema er arbeidsmiljø.

- 51. Hvordan vil du beskrive arbeidsmiljøet på arbeidsplassen til vanlig – før pandemien?
  - a. Har dette endret seg etter korona?
- 52. Foreligger det «korona-skam» i ditt arbeid og på arbeidsplassen?
  - a. Hvordan ville du blitt møtt av dine medarbeidere om du hadde dratt på fest?
  - b. Hvordan reagerer man?
  - c. Hva tror du dette gjør med den enkelte?
  - d. Tror du dette kan bidra til at man skjuler fritiden sin for medarbeidere?

### **Oppsummerende spørsmål**

- 53. Er det noe vi ikke har vært inne på i samtalen som er viktig angående korona og deg selv?
- 54. Har du noen spørsmål?

## Vedlegg 2 – Intervjuguide (avdelingsleder)

### **Bakgrunn:**

Vi kan starte med noen spørsmål om deg selv:

1. Hvilken stilling har du nå?
2. Kan du fortelle litt om ansvaret som følger med stillingen din?
3. Hvordan havnet du i stillingen din?
4. Kan du si litt om utdanningsbakgrunnen din?
5. Når bestemte du deg for å velge denne/disse utdanningen(e), og hva var det som gjorde at valgte det?
6. Har du arbeidserfaring som sykepleier og/eller helsefagarbeider?

### **Ansatte, utfordringer og arbeidsmiljø:**

Før vi prater om dagens ansatte, ønsker jeg å vite litt om dine egne erfaringer.

7. Hva opplevde du som de største utfordringene i arbeidet fra tiden som sykepleier/helsefagarbeider?
8. Hva har endret seg i arbeidshverdagen til sykepleierne og helsefagarbeiderne i hjemmebaserte tjenester etter korona?
9. Hvis vi tenker oss i en normal situasjon, hva tenker du er hovedutfordringen til dagens ansatte?
10. Har det oppstått nye utfordringer for dagens ansatte etter korona?
11. Har du registrert slitasje hos de ansatte etter korona?
  - a. Hva har du registrert?
  - b. Hva mener du er den største grunnen til slitasjen?
12. Har du registrert forandring i personalet, med tanke på humør, i arbeidet generelt eller andre ting?
13. Har det vært en økning i sykemeldinger?
14. Har arbeidsmiljøet endret seg etter korona, og eventuelt på hvilken måte?
15. Er et godt arbeidsmiljø viktig for at de ansatte skal ha det bra og yte best mulig på arbeidsplassen?
  - a. Ligger det til rette for at et godt arbeidsmiljø kan opprettholdes under kriser?

### **«Personalpleie»**

16. Hvem har ansvar for at de ansatte har det bra på jobb?
17. Hvem har ansvar for at de ansatte har det bra med seg selv?
18. Hvilket ansvar har avdelingsledere for dette?
19. Hvilke tilbud finnes det for ansatte som trenger oppfølging i forbindelse med personlige problemer og utmattelse/utbrenthet?
20. Tilstrebes det av ledelsen å ha fokus på den ansattes mentale og fysiske helse?
21. I hvilken grad er dere forberedt på kriser med tanke på de ansatte?
22. Hvordan kan oppfølging bli bedre for at ansatte på best mulig måte skal føle sett og den oppfølgingen de behøver?
23. Har du noe ønsker å legge til som vi ikke har vært inne på med tanke på endringer etter korona?

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *"Å være sykepleier og helsefagarbeider under en pandemi»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmebaserte tjenester opplever endringer på og utenfor arbeidsplassen i forbindelse med en pandemi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Prosjektet er knyttet til min masteroppgave i sosiologi. Formålet med prosjektet er å belyse helsefagarbeideres og sykepleieres personlige opplevelser med den pågående pandemien, med fokus på både arbeid og fritid. Gjennom individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer (med flere deltakere) vil jeg med prosjektet bidra til å belyse hvordan det har vært tidligere, og hvordan er å være helsefagarbeider og sykepleier under den nåværende krisen. Å få innsikt i disse yrkesgruppens egne erfaringer kan bidra til en større forståelse for hvordan de balanserer arbeid og fritid, samt bidra til å identifisere begrensninger og muligheter for ansatte i hjemmebaserte tjenester.

Temaer jeg er interessert i handler om:

- Håndtering av akutte omstillinger i arbeid og fritid etter pandemiens oppstart.
- Påvirkninger og belastninger i en hverdag i arbeidet.
- Hvordan ansatte opplever seg ivaretatt.
- Motivasjon, holdninger og handlinger knyttet til arbeid og fritid.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Sosiologisk institutt ved Universitetet i Bergen (UiB) er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget for prosjektet inkluderer ansatte i hjemmebaserte tjenester, og kontakten til deg er kommet i stand via (kommunen) som er positive til prosjektet og har bidratt til formidling ut til ansatte.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, ber jeg om at du er villig til å delta i et intervju og/eller fokusgruppeintervju. Intervjuet vil ta ca. 1 time. I intervjuet vil jeg stille spørsmål om bakgrunnen din, ditt arbeid, din fritid, personlige oppfatninger og tanker om ivaretagelse på arbeidsplassen, arbeidsmiljø, og belastning.

Jeg bruker lydopptaker, og intervjuet vil bli transkribert i sin helhet i etterkant.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg tilbake uten å oppgi grunn. Alle dine opplysninger vil da bli slettet.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer dine opplysninger**

Vil vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til opplysningene dine vil være professor Karen Christensen, min veileder ved instituttet, samt undertegnede masterstudent Steffen André Vatland. Navn og kontaktopplysninger vil bli ersattet med en kode som lagres adskilt fra øvrige data for at ingen uvedkommende skal få tilgang til opplysningene. Dette blir gjort for at intervjumaterialet ikke kan knyttes til deltakernes personopplysninger og identifiserer deltakere.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgraden er godkjent, noe som etter planen er juni 2021. I masteroppgaven er alle data anonymisert. Ved prosjektslutt vil personopplysninger og opptak bli slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen (UiB) har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen (UiB) ved Karen Christensen på mail [karen.christensen@uib.no](mailto:karen.christensen@uib.no).
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim. Kontaktinformasjon til personvernombud: [personvernombud@uib.no](mailto:personvernombud@uib.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Steffen André Vatland*  
Masterstudent

---

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Å være sykepleier og helsefagarbeider under en pandemi*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)